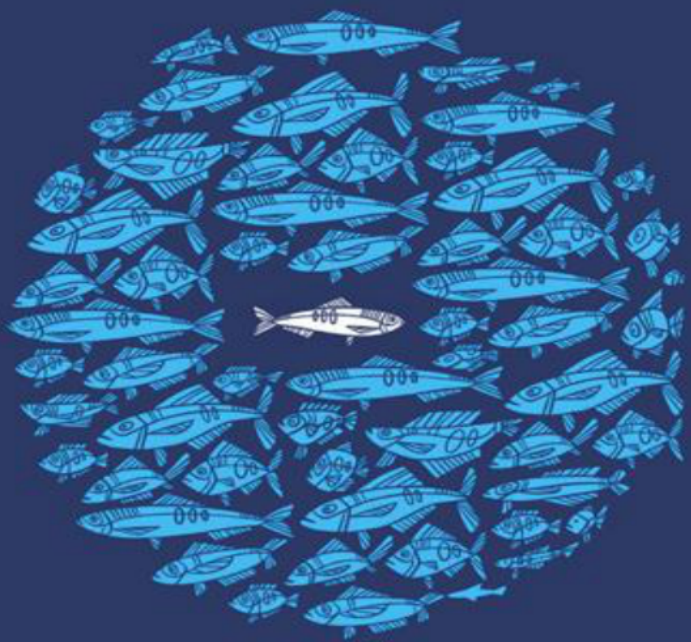
Prólogo de MARIÁN ROJAS ESTAPÉ

DR. MIGUEL ÁNGEL
MARTÍNEZ-GONZÁLEZ

SALMONES, HORMONAS Y PANTALLAS



El disfrute del amor auténtico,
visto desde la salud pública

Planeta

Índice

PORTADA
SINOPSIS
PORTADILLA
DEDICATORIA
PRÓLOGO
INTRODUCCIÓN
1. LA IMPORTANCIA DE SABER RENUNCIAR A LO INMEDIATO: EL TEST DEL BOMBÓN
2. BUSCA LO MEJOR PARA TU VIDA, NO LO QUE HARÍAN LOS DEMÁS: LOS SALMONES
3. TU PRIORIDAD ES LA FELICIDAD DURADERA DE PUERTAS ADENTRO: HOGARES FUERTES
4. NO TE DEJES SEDUCIR POR LA NUEVA DROGA, COMBÁTELA EN SERIO: LA PORNOGRAFÍA
5. ELIMINA EL RIESGO DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL: LA OPCIÓN «RIESGO CERO»
6. QUE LA PÍLDORA NO TE ENGAÑE CON PROMESAS IRREALES: EL NEGOCIO DEL BIRTHCONTROL
7. REFLEXIONES DE UN MÉDICO DE SALUD PÚBLICA SOBRE EL ABORTO
8. ¿QUÉ IMPACTO PSÍQUICO TIENEN TUS RELACIONES ROMÁNTICAS?: HIGIENE MENTAL
9. EL VALOR DE LA ESPERA
10. VIRGINIDAD 2.0
11. ¿POR QUÉ CASARSE EN VEZ DE «ESTAR JUNTOS, SIN MÁS»?
12. PIENSA QUÉ PUEDES HACER PARA CAMBIAR TÚ EL AMBIENTE: EL RETO DE SER INFLUENCER
AGRADECIMIENTOS
NOTAS
CRÉDITOS

Visita Planetadelibros.com y descubre una
nueva forma de disfrutar de la lectura

¡Regístrate y accede a contenidos exclusivos!

Primeros capítulos

Fragmentos de próximas publicaciones

Clubs de lectura con los autores

Concursos, sorteos y promociones

Participa en presentaciones de libros

PlanetadeLibros

Comparte tu opinión en la ficha del libro

y en nuestras redes sociales:

You
Tube

SINOPSIS

Desde la evidencia científica, una obra que advierte sobre las consecuencias que tiene la sexualidad desmadrada en el modelo social juvenil del siglo XXI. El Dr. Miguel Ángel Martínez González, reconocido y premiado catedrático de salud pública y epidemiólogo, alerta de los peligros del sexo incontrolado, aprendido en internet y lejos del verdadero impulso amoroso, y de cómo puede terminar con expresiones violentas y malsanas que ya estamos viendo en nuestra sociedad.

«He escrito este libro para poder decir la verdad a los jóvenes, sometidos a una presión cultural que les engaña.»

Dr. Miguel Ángel Martínez-González

SALMONES, HORMONAS Y PANTALLAS

El disfrute del amor auténtico, visto desde la salud pública

Planeta

A Jokin, Silvia y Cristina

Prólogo

Cuando uno estudia Medicina en la Universidad de Navarra, hay un profesor que no pasa desapercibido. Él es «MA», como le llamamos cariñosamente los que hemos sido sus alumnos, el doctor Miguel Ángel Martínez-González.

Imparte las asignaturas relacionadas con la epidemiología y es la puerta de entrada al universo de los números, las estadísticas y probabilidades en Medicina. Es quien nos enseña el fascinante mundo de la epidemiología, las vacunas y la prevención. En un mundo aún impactado por la pandemia del covid-19, su visión es más actual y necesaria que nunca.

Cuando uno estudia para ser médico, aprende con intensidad las diferentes enfermedades, sus diagnósticos y cómo tratarlos. Un avance de la medicina actual, del cual no puedo estar más de acuerdo, es fomentar la prevención de las diferentes dolencias del cuerpo.

El doctor Miguel Ángel Martínez-González lleva años investigando cómo prevenir enfermedades de distinta índole: de tipo afectivo-sexual, inflamatoria, nutricional, cardiaca y oncológica, entre otras. Muchos de sus alumnos hemos participado en los ensayos y hemos ido viendo los resultados tan interesantes que van surgiendo. Ha publicado artículos de investigación y divulgación en revistas de gran prestigio y en sus libros para acercar estos temas a los especialistas y a la población general.

En los últimos años, he trabajado intensamente en realizar prevención en salud mental. Las cifras sobre el incremento de personas con depresión, ansiedad o enfermedades neurodegenerativas no dejan de aumentar. Creo profundamente en implementar y educar en inteligencia emocional: el hecho de tener herramientas y pilares emocionales sanos ayuda a ser capaz de sobrellevar de la mejor manera posible los diferentes factores de estrés, dificultades o retos que van surgiendo a lo largo de la vida.

Sea a nivel físico o psicológico, el primer paso para la prevención consiste en estudiar, indagar y analizar cómo funciona el organismo para entender qué circunstancias, elementos o sustancias favorecen o perjudican al cuerpo.

El doctor Miguel A. Martínez-González nos deleita en estas páginas con su visión científica pero cercana y didáctica sobre temas que nos incumben a todos, como individuos que ansiamos evitar enfermedades graves, como padres, como formadores, como médicos; en definitiva, para todos los que estamos interesados en envejecer de

la mejor manera posible.

Coge el libro con papel y lápiz. Subraya, aprende y profundiza. No te va a dejar indiferente. Espero que aprendas tanto como lo he disfrutado yo.

Dra. Marian Rojas Estapé
Madrid, 28 de enero de 2022

Introducción

He escrito este libro con la ilusión de poder dirigirme a muchos jóvenes. Pienso que lo necesitan por estar sometidos a una presión social que les engaña. Ha ido a más. Hay mucho negocio detrás. ¡Muy lucrativo y goloso! También hay abundantes errores de concepto, con frecuencia promovidos con buena fe y buenas intenciones. Son problemas graves que no se están abordando. ¿Por qué? Pienso que abunda el desconocimiento y también, en ocasiones, una pseudociencia movida por intereses comerciales e incluso por ingeniería social. Es necesario destapar las falacias, sin paños calientes.

El ángulo científico de la salud pública es ciertamente muy interesante porque es difícil no estar de acuerdo ante la evidencia del daño comprobado de diversos factores omnipresentes en el ambiente cultural. Esto salta a la vista cuando se examina con profundidad la realidad epidemiológica.

El escudo de la Universidad de Harvard contiene solo una palabra: «VERITAS». La sinceridad es el mejor antídoto contra las mentiras de mundos inexistentes que la propaganda pretende impulsar. Se precisa hablar claramente y sin miedos. Quienes trabajamos en docencia e investigación, especialmente en temas biomédicos, tenemos una gran responsabilidad de ser acompañantes de lo auténtico, también para mirar al amor de una pareja.

En otros libros —o en entrevistas que he concedido sobre diversos aspectos de la Medicina Preventiva y la Salud Pública— no he tenido pelos en la lengua y he denunciado fuertes intereses comerciales que lesionan la salud de la población. He procurado confrontar con comprensión y respeto, pero sin miedos, la manipulación comercial y, en algunos casos, ideológica. Se aprovecha así, por ejemplo, nuestro apetito por ciertos productos insanos que han irrumpido ampliamente en la cadena alimentaria. Pienso que ser explícito sobre estos riesgos es parte de la obligación de un profesional de la salud pública, aunque se corra el riesgo de ir contra corriente o de parecer poco actual.

Quiero tratar ahora sobre temas relacionados con un tipo diferente de apetitos, los relacionados con la afectividad y la sexualidad, que guardan más analogías con los apetitos alimentarios de lo que podría pensarse. También aquí existe abundante pseudociencia y fuertes intereses lucrativos subyacentes. Y también resulta fácil que haya quien rentabilice comercialmente las apetencias más primarias, en detrimento de la salud pública. La pseudociencia

también puede robar a las personas esa felicidad profunda de la que se puede gozar cuando se saben gestionar bien tales apetencias.

En estos temas, un profesor universitario de salud pública no debería ser un agitador político o social, ni dedicarse a dar lecciones de moral. Pero sí tiene el deber de desafiar la cultura cuando se ha tornado tóxica. Y hacerlo desde la ciencia y el conocimiento epidemiológico. Un académico puede aportar la reflexión profunda y serena, los estudios solventes, la evidencia científica, y, en mi caso, las realidades médicas. Tampoco es lógico que al hablar de sexualidad se aprecie primariamente una visión negativa. Como expresa su subtítulo, este libro expone una gozosa verdad. Sí, gozosa. La buena ciencia médica contribuye a llegar a tal verdad en el amor, la afectividad y la sexualidad, y al disfrute que los acompaña, como se comprenderá al leer estas páginas.

Pero los jóvenes, sus padres y sus otros educadores no solo necesitan información sobre la realidad biológica de la sexualidad, sino también motivación. Por eso, a veces podré parecer persuasivo en este libro, pero he tratado de escribirlo del modo más fácil de entender y más amigable posible: siempre con una visión esperanzada y optimista. Para que un gran gozo no se estropee.

En torno a 2020, la situación en los temas que trato en este libro se agravó. Nadie debería quedarse indiferente ante la enormidad de la adicción a las pantallas y a sus efectos. También parecía necesario, más que nunca, indagar en las causas por las que se rompían tantas parejas y uniones conyugales. La primera causa de mortalidad entre los 15 y 49 años en España era el suicidio. Los psiquiatras estaban asustados ante la enormidad de problemas de salud mental que encontraban en los jóvenes cada día, incluido un tsunami de intentos de suicidios y suicidios consumados —algunos enmascarados como «accidentes»—. Entre 2009 y 2017, coincidiendo con la universalización de los teléfonos inteligentes y el amplio acceso a contenidos de redes sociales por adolescentes y jóvenes, se apreció en ellos que la ideación suicida aumentó un 25 %.[1] Los diagnósticos de depresión clínica aumentaron un 37 % entre 2005 y 2014 en estos chicos y chicas escolarizados. Las más afectadas fueron las chicas, con tasas tres veces superiores a las de los chicos. Lo mismo pasa en España. Muchos días, mis alumnos de últimos cursos de medicina que hacen prácticas en centros de salud de Navarra vuelven asustados tras atender de nuevo a otra chica joven que se ha hecho cortes en los brazos. A veces hay que ingresarlas en el hospital. El conocido psicólogo Jonathan Haidt[2] señalaba que las tasas medias de autolesiones han experimentado un aumento del 62 % desde 2009 y se

han disparado muy especialmente entre las chicas adolescentes.[3] En 2020-2021, más del 60 % de los estudiantes universitarios de los campus estadounidenses cumplían criterios para diagnosticarles uno o más problemas de salud mental. El aumento desde el 2013 fue casi del 50 %.[4] En España, el consumo de antidepresivos por mil habitantes pasó de 44,1 en 2004 a 80,4 en 2018.[5]

La violencia sexual se volvió también epidémica y estaba causando más víctimas que nunca, principalmente en mujeres jóvenes y en niños. No estoy hablado de Minnesota, sino de la esquina de tu mismísima calle. Un estudio publicado en *British Medical Journal Open* a final de 2021 por Belén Sanz-Barbero y Carmen VivesCases, sobre una muestra representativa de personas españolas de 18-35 años, constataba que la violencia sexual contra las mujeres en nuestro país había afectado al 10,5 % de ellas solo durante los últimos doce meses. El 13,3 % de las mujeres nacidas en el extranjero que vivían en España había sufrido una agresión sexual en esos últimos doce meses. Poco antes se supo que el porcentaje de chicas que habían sufrido una agresión sexual en los campus estadounidenses llegaba casi al 20 %. Algo olía a podrido y no solo en Dinamarca…

La epidemiología es el mejor foco para arrojar luces que permitan ver por qué estaban ocurriendo tantas frustraciones (acosos, violencias, dolorosas rupturas, explotación sexual, adicciones, efectos secundarios graves de hormonas exógenas, crisis de salud mental en jóvenes, epidemias de autolesiones y suicidios, etc.). En este libro aporto resultados que no se suelen mostrar. Pensé que, si no se actuaba a tiempo, con las herramientas de la epidemiología y la buena salud pública, estos problemas serían todavía peores para los hijos de quienes me leyesen, y no digamos para los hijos de sus hijos.

Soy consciente de que abordo temas delicados. Son más delicados por haber sido tratados tantas veces desde la visión comercialmente interesada que lanzan muchas pantallas y crean un imaginario colectivo sesgado. Son pantallas en el doble sentido: también tapan la realidad.

Esa propaganda comercialmente interesada o movida por un afán de ingeniería social ha instaurado paradigmas falsos, como grandes tapaderas culturales que conducen a los jóvenes a un mundo irreal. Están movidas por *lobbies* ávidos de lucro, de egos y de influencia social. Suben día a día como la espuma, en constante expansión. Se ha creado un clima sociocultural que prohíbe hablar claro. Por eso, quien ahora ose decir lo obvio, que el emperador está desnudo,[6] podría despertar susceptibilidad e incluso inquina en la sociedad actual. De hecho, algunas reflexiones de este libro, sacadas de contexto, podrían

ser tildadas de *incendiarias*. Pero se trata de los aspectos científicos más básicos y biológicamente más reales de la sexualidad o de los llamados roles de género. He tratado de exponerlos siempre con el máximo respeto a las personas. Quizás me hubiese gustado ser más desenfadado y divertido. A veces lo he intentado. Espero no tener que decir de nadie aquello que se atribuyó a sí mismo Groucho Marx: *estuve tan ocupado escribiendo la crítica que nunca pude sentarme a leer el libro*. Hace falta leer antes y examinar la buena ciencia con sentido crítico.

No resulta sostenible a largo plazo la pretensión de situarnos en la ceguera frente a la desnuda evidencia del organismo humano, su fisiología, sus dotaciones cromosómicas, las funciones de cada una de sus células, el rol fisiológico de cada hormona, incluidos sus efectos sobre cada función cerebral superior, la neurofisiología de las adicciones y del sexo o los riesgos relativos que la epidemiología ha constatado repetidamente. No puede seguir afirmándose que la realidad biológica y epidemiológica no es tal, aunque delante de nuestros ojos aparezca como tal. Pero, como mantienen algunos fuertes defensores de las ideologías «si los hechos no coinciden con la teoría (la suya), peor para los hechos». Y esta frase se le ha achacado también al otro Marx, Karl Marx.[7]

Se ha extendido una especie de camuflaje, que han denunciado con clarividencia diversos intelectuales como Charles Pincourt y James Lindsay en su breve obra *Counter wokecraft* (New Discourses, 2021), Gabriele Kubi en *La revolución sexual global* (Didaskalos, 2017), Anthony Esolen en *Sex and the unreal city* (Ignatius Press, 2020), Miriam Grossman en *Unprotected* (Sentinel, 2007) y otro buen grupo de autores. Estas críticas se han ido acentuando, sobre todo a partir del año 2000 y especialmente en Estados Unidos. Pero no es algo solo o principalmente norteamericano. Es global. Como se verá, hay buena evidencia científica procedente de otros países, como Suecia, Alemania, Reino Unido o España, que constata lo peligroso que ha sido llevarle la contraria a la ciencia.

Estos escritores críticos parecieron salirse del redil y temieron ser considerados «disidentes». De hecho, Miriam Grossman, psiquiatra del campus de Columbia, vio venir que su valiente y elocuente denuncia le conduciría a ser tachada de todas las lindezas imaginables. Decidió, por eso, firmar la primera edición de su libro simplemente como «Un médico anónimo», sin mencionar su nombre ni su universidad.[8] Pero lo publicó, porque creyó que era necesario defender sin tapaderas la salud pública cuando estaba amenazada. El interés que suscitaron sus alarmas facilitó que en la segunda edición su nombre ya quedase al

descubierto.

Mi trayectoria profesional me ha llevado a este terreno. Bastará comprender las finalidades inherentes y los objetivos de la Epidemiología y la Salud Pública, que han sido mis queridos lugares de trabajo durante más de treinta años. Puede haber quien me critique por entrar en este jardín. Comprenderé tales críticas, porque estoy seguro de que casi siempre serán de buena fe. Soy bien consciente de lo que hago y dónde lo hago. Valoro y pondero mis riesgos. A pesar de todo, prefiero hablar claro y decir verdades sin tapujos y dar la cara. Sé que, como decía Émile Zola, «si silencias la verdad y la sepultas bajo tierra, crecerá y acumulará tal poder explosivo que el día en que estalle todo volará a su paso».

Lanzar estos mensajes representa un severo deber para todos los que nos sentimos apasionados por la Medicina Preventiva y la Salud Pública, que es la especialidad que completé tras escoger mi plaza de MIR. Hace ya más de treinta años, me presenté a ese examen MIR con la única intención de elegir Preventiva. No me interesaba otra. La pasión que tengo por mi especialidad explica que, en medio del ajetreo y la inevitable competitividad de la investigación en la que estaba embarcado, saqué tiempo de donde no lo había para poner negro sobre blanco estos conocimientos y razonamientos, siempre referidos a ideas o acciones, nunca a personas.

No quiero pensar por los jóvenes, ni sustituirles en sus elecciones. Cada persona es libre —¡libérrima!— de elegir sus opciones. Pero sí deseo dar información y argumentos para que esas decisiones estén bien informadas. Solo así cada persona podrá ejercer de verdad su libertad y, también, si quiere, un liderazgo entre sus coetáneos. Un mundo irreal no hace libre a nadie.

Como ya hicimos en *La Sanidad en llamas* (Planeta, 2020), escrito a cuatro manos junto con mi hermano Julio, aquí también he introducido breves relatos novelados. Se basan en hechos reales, pero he cambiado los nombres y muchas de las circunstancias para respetar un total anonimato de los protagonistas.

Se han desarrollado páginas webs dedicadas a este libro donde se podrán encontrar contenidos actualizados y material audiovisual:

www.revolucionsalmones.es

Jamás hubiese podido escribir este libro de no haber tenido el privilegio de dirigir durante 27 años un amplio Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Entre otros, cuenta con tres magníficos profesores (Jokin, Cristina y Silvia), que han venido

realizando aportaciones científicas originales de primer nivel al conocimiento epidemiológico sobre estos temas. Han trabajado con excelencia y constancia durante años. A ellos va dirigida mi mayor gratitud. A ellos les dedico este libro.

¡Muchas gracias por todo lo que he podido aprender de vosotros!

Dr. Miguel Ángel Martínez-González
Pamplona, agosto de 2022

NOTA. He renunciado a cobrar personalmente por los derechos de autor de este libro. Los destinaré a apoyar investigaciones de salud pública, como he hecho con otras obras de divulgación que he publicado en el pasado.

LA IMPORTANCIA DE SABER RENUNCIAR A LO INMEDIATO: EL TEST DEL BOMBÓN

(¿Retrasar una acción placentera puede resultar beneficioso?)

El test del bombón

En las escuelas de negocios se hizo famoso el test del bombón (*marshmallow test*). Fue idea de Walter Mischel, psicólogo de la Universidad de Stanford. Ofrecía un trato a niños de cuatro años. Dejaba a cada uno un bombón en su pupitre y a continuación les decía:

> Ahora saldré quince minutos y quien sea capaz de aguantar esos quince minutos sin comerse el bombón, recibirá otro después. Quien se lo coma, no recibirá ninguno más.

Hubo bastantes niños que se comieron el bombón. Pero hubo otros que prefirieron esperar para tener luego dos. Quienes supieron aguardar fueron los que acabaron destacando después en los diversos aspectos de sus vidas. Fueron los líderes del futuro. El test del bombón tuvo fuertes capacidades predictivas.[1]

Jordan Peterson en *Doce reglas para vivir* (Planeta, 2018) explica por qué uno de los avances que contribuyó a hacer feliz al ser humano fue aprender a retrasar las gratificaciones inmediatas. Nuestros ancestros aprendieron pronto que, a base de una renuncia que se hace ahora, se podría conseguir en el futuro algo mejor. La desventaja del ahora servía para obtener un beneficio posterior.

> Comprender que el placer podía ser útilmente pospuesto fue algo que llegaron a entender los primeros seres humanos con grandes dificultades. Va absolutamente en contra de nuestros antiguos y primarios instintos animales, que exigen una satisfacción inmediata (especialmente en condiciones de privación, que son inevitables y habituales). Y, para complicar el asunto, esa demora solo resulta útil cuando la civilización se ha estabilizado lo suficiente como para garantizar que va a lograrse en el futuro esa recompensa ahora demorada.
>
> *Si todo lo que se ahorra acabará por ser destruido o, peor aún, robado, no tiene sentido ahorrar. Por esta razón, un lobo se traga de una tacada diez kilos de carne cruda en una sola comida. El lobo no es capaz de pensar:* Hombre, ¡qué fastidio me va a dar luego este atracón! Debería guardar algo para la semana que viene.

Pero se produjo una progresión del desarrollo, desde el animal hasta el ser humano.[2]

Peterson en su *superventas* sigue conjeturando que los hombres primitivos se dieron cuenta de que los atracones les sentaban mal. También vieron que sufrían cuando al cabo de unos días se habían quedado sin nada que comer. Valía la pena guardar el alimento que cazaban.

Cuando mataban a un mamut, en vez de comérselo de una tacada, aprendieron a guardar la carne, a ahumarla. Luego aprendieron a buscar a otros con los que compartirla. Así, cuando los otros cazaban una pieza, también la repartían con ellos. De este modo, descubrieron las ventajas de una cultura de generosidad mutua. Nació un primer embrión del contrato social. Con todo ello, dejaron de lado ciertos comportamientos primarios que no les hacían bien ni a medio ni a largo plazo. Cuando se miran retrospectivamente las dos primeras décadas del siglo XXI surgen preguntas como estas: ¿No podría ser que la extensión de esas pantallas, que se vuelven imprescindibles y permiten obtenerlo todo al alcance de un clic, nos hace tan ansiosos que ya no sabemos posponer las gratificaciones?[3] ¿Habíamos retrocedido en el siglo XXI a una etapa animal de la humanidad? ¿Nos hemos vuelto tan retrógrados?

El comportamiento de nuestros ancestros prehumanos, que en poco diferían del lobo, y solo buscaban el atracón instantáneo de carne, no deja de recordar las frustraciones que está sufriendo la salud pública en el siglo XXI: agresiones sexuales, extensión epidémica de la adicción pornográfica, patologías psiquiátricas disparadas en adolescentes y universitarios… ¿Son los derroteros de la gratificación instantánea los que están despeñando barranco abajo la salud pública?

Aunque hay disparidad de opiniones y lo concretaré más adelante, cada vez somos más los profesionales de salud pública que pensamos que pueden ser muchas y graves las consecuencias del uso irresponsable de pantallas, pornografía y sexo comercial o despersonalizado. En tal contexto, aprender a gestionar bien los propios impulsos y apetencias resulta vital. Este libro te ayudará a dominar esa gestión. Con señorío. Como un salmón que aprendió a nadar con soltura en aguas revueltas.

La Emperatriz, Atreyu y la Nada

Michael Ende sitúa *La historia interminable* (Alfaguara, 1982) en un hermoso lugar llamado Fantasía.[4] La Emperatriz Infantil, soberana del país, está mortalmente enferma y, con ella, todo el país de Fantasía lo está. Mientras tanto, la Nada se extiende, devorándolo todo a su paso.

Ausencia y negrura. Desintegración y agujeros negros. Desaparición y desierto. Nada.

Como en toda historia, hay un héroe. Aquí se llama Atreyu. Es elegido por expreso deseo de la Emperatriz, con la misión de buscar un remedio para detener el avance de la Nada, curar a la Emperatriz y salvar Fantasía.

No es cuestión de hacer un *spoiler* y contarte aquí el final de *La historia interminable*, porque además… es interminable por definición. Pero en *La historia interminable* hubo otros héroes junto a la Emperatriz y Atreyu, que confrontaban la Nada devoradora del paraíso. Nadaban contra corriente, como los salmones.

Merece la pena detenerse un momento en este pez. ¡No cabe menos que admirar su belleza! Su marcha río arriba es solidaria, altruista y llena de propósito en la vida. No solo *resiste* a la corriente, sino que la remonta y *la supera*. Se crece en un ambiente adverso. Sabe nadar en dirección opuesta a lo que solo se limita a flotar.

Es una actitud a la que te desafían las corrientes adversas que te precedieron o te pueden estar rodeando: nadar contra corriente. Si no lo haces, desaparecerás cauce abajo, como un despojo arrastrado por el río, ciertamente no muy limpio.

En las páginas que siguen espero dialogar con el lector sobre dos realidades:

1. Fue pavoroso el galopante avance de otra Nada, que detallaré en las páginas que siguen. No es ninguna broma. Fue una epidemia absolutamente real y mortal, que avanzó día a día, minuto a minuto. Provocó un vacío cada vez mayor, especialmente en los jóvenes. La Nada se extendió sin contención.
2. La salud pública es la mejor herramienta para detenerla. Tanto para que no te invada como para rellenar incontables agujeros negros que ya ha dejado, sin que las personas se percaten, en cerebros o corazones. También en los cuerpos.

Hay millones de personas heridas que necesitan curación y sanación principalmente emocional y psíquica, pero, a veces, también física. Más de las que podría pensarse. Incluso tú podrías ser una de ellas… A los problemas masivos, soluciones masivas. Así que la salud pública es la solución fetén. Como anillo al dedo.

La salud pública tiene algo en común con los héroes de *La historia interminable*. Es un movimiento altruista, solidario, que persigue beneficios masivos y muchísima mayor felicidad para toda la población. Actúa al por mayor. Según el Instituto de Medicina

norteamericano,

> la salud pública es aquello que nosotros, como sociedad, hacemos colectivamente para asegurar las condiciones en que la población gozará de salud.

Gozará. El gozo es un gran valor. La salud pública no solo realiza acciones individuales educativas o preventivas (vacunaciones, detección y tratamiento precoz), sino que también interviene de manera más extensa e intersectorial. Desarrolla un amplio rango de estrategias y políticas a diversos niveles. Así ayudará a mucha gente a que sea más sana y más feliz. Se incluyen legislaciones, políticas de impuestos y subsidios, cambios en el entorno urbano, en la publicidad, en las normas socialmente aceptadas, en los medios de comunicación de masas y de entretenimiento, en los roles de los líderes sociales y en los movimientos culturales. Todo va acompañado de unos esfuerzos perseverantes de educación sanitaria.

Es una gran ola social altruista y beneficiosa que acaba siendo imparable. Es el lado claro y positivo de la fuerza. Es más, **las técnicas de influencia social (incluyendo el llamado márquetin social) son necesarias para fomentar que la población adopte estilos de vida más sanos. No es necesario poner la vista en una sola enfermedad diana a prevenir, ni siquiera en la enfermedad en general, sino en incrementar los niveles de salud positiva.**[5]

Los estilos de vida son opciones libres de la conducta humana. Incluyen la correcta alimentación, el ejercicio físico, el descanso, evitar el tabaco, las drogas y otras adicciones, una conducta sexual saludable, las normas de tráfico, la huida de cualquier violencia interpersonal, la higiene, *etc.* A pesar de lo bien conocidos que son estos factores, seguimos padeciendo epidemias de aspecto gigantesco (EAG), que hay que detener. Algunas de ellas se parecen a esa Nada que destruía el paraíso de Fantasía. Y afecta mucho a los jóvenes.

¿Cuál es esa Nada que más urge parar ahora?

Un gran problema está en los estilos de vida libremente elegidos (comida basura y bebidas basura, alcohol, tabaco y otras drogas, desarraigo, desigualdades, violencia, etc.). Desde luego, lo que no está bien es culpabilizar a las víctimas, porque detrás de cada una de estas conductas suele haber poderosas multinacionales que se hacen de oro a base de fomentar lo insano. Por eso, culpar siempre o exclusivamente a las víctimas es un error repetidamente denunciado en la literatura de salud pública. Sucede cuando se considera que la víctima (normalmente de un delito) es total o parcialmente culpable

de lo que le ha ocurrido y se olvida el papel decisivo de fuertes factores externos de tipo estructural (presiones comerciales, conductas que sigue el grupo, factores económicos, estereotipos sociales, normas asumidas, cultura imperante en una sociedad, etc.). **Nunca debe olvidarse que los factores estructurales son fuertes determinantes del daño ocurrido, en ocasiones, dejan poco margen a la libertad individual de elegir uno u otro estilo de vida.** Más que culpar a la víctima, se deben confrontar con valentía esos determinantes estructurales.

Se comprende así que las intervenciones propias de la salud pública no se dirigen solo a las personas individuales para ayudarles a que mejoren sus conductas, sino que también deben ser estructurales. Abordan los determinantes de los determinantes. Hay que ir a la raíz. Son factores culturales, sociológicos, interpersonales, económicos, educativos, de organización y medioambientales que influyen en las conductas no saludables.

Hace varias décadas comenzó, por ejemplo, un amplio movimiento que combatía el tabaco, entonces socialmente muy aceptado. Hubo que ir en contra de la corriente. Como salmones. Remontando el flujo refractario. Inasequibles al desaliento. Quienes empezaron estas batallas estaban bastante solos. Se oponían al resto de la gente. Sus contemporáneos los tomaban por raros, por tontos, o por las dos cosas a la vez. Los consideraban ajenos a esa época, «inactuales». Pero perseveraron, sin rendirse, río arriba, sin temor al qué dirán, superando fracasos, uno tras otro. Así lograron muchos cambios sociales que se antojaban imposibles hacia 1970-80.[6]

Leí hace poco una anécdota ilustrativa: hace veintitantos años un amigo iba a tener su primera hija. Acompañaba a su mujer como podía, nervioso, en los momentos previos al parto, esperando impaciente. En estas entró la matrona para revisar a la paciente y antes de revisarla se encendió un pitillo. Después de examinarla unos segundos, mientras expulsaba la bocanada de humo como podía con el cigarrillo en la boca, comentó que ya podía ir la paciente al paritorio.[7] Este hecho, después de 2010, sería a todas luces censurado por cualquiera, incluso por los fumadores. Los persistentes esfuerzos de la salud pública, orgánica y armónicamente conjuntados, habían cambiado la mentalidad de los ciudadanos.

La salud pública acaba ganando. Tarde o temprano. Sí. No tenemos tanto dinero como los que están en el lado oscuro de la fuerza. Pero tenemos algo que ellos no tienen: tenemos razón.

Por eso, entre otros motivos, decidí dedicarme a esta especialidad, en vez de continuar con la Cardiología. Esa es otra historia que ya se contará en otra parte. Que elijas Salud Pública con buen número de

MIR no deja de causar extrañeza en tus compañeros: «¡Qué friki! Ha escogido Preventiva». Otros se burlarán. Otros te mirarán con compasión. Otros pensarán: «No sabe dónde se ha metido». Y es que la salud pública acaba teniendo que remontar el río y contradecir culturas adversas imperantes. Sin remedio: no hay otra alternativa.

Contra corriente navegaron todos los pioneros de la Salud Pública y los creadores de la Medicina Preventiva que se enfrentaron a poderosos intereses económicos o políticos opuestos. Les criticaron. Se sintieron solos, cansados y derrotados. Contradecían lo que entonces era socialmente aceptado por todos como una opción perfectamente válida. Pero se plantaron. Sin complejos. Denunciaron ese lado oscuro de la fuerza que pretendía mantener e incrementar sus sustanciosas ganancias o conservar su sillón de poder a costa de despreciar y destrozar la salud y la felicidad de la población. Tales salmones lograron generar a la larga muchísima salud y muchísima felicidad en la sociedad.

Querían combatir los efectos adversos de negocios, industrias, partidos políticos, multinacionales o *lobbies* capitalistas de ingeniería social. Eran el afán de lucro y de poder quienes dominaban, muy por encima de los intereses de la salud y de la dicha de los ciudadanos. Hubo que pararles los pies. Así ocurría hacia 2020 con otros problemas de salud pública.

El contenido de este libro podría parecer ahora tan contra corriente como hubiese parecido pelear por la abolición de la esclavitud en el sur de Estados Unidos en el siglo XVIII o por el establecimiento de campus universitarios completamente *smoke-free* en 1975. A los peces muertos se los lleva la corriente. En palabras de Chesterton, a cada generación la salva un puñado de hombres que tienen el coraje de ser «inactuales».

En pleno siglo XXI, no hacía falta ser un lince para avistar un peligro —una grave epidemia— que amenazaba con destruir un país muy hermoso. Ese país no se llama Fantasía. Es la felicidad que la persona encuentra en las relaciones interpersonales del amor. Estaba deshaciéndose. Lamentablemente. Día a día, minuto a minuto, desaparecía del mapa. Se lo comía la Nada, sin dejar terreno sano a su paso.

Recurro a una analogía para entender lo que hace la Nada. Si se conocen los buenos principios de un patrón alimentario saludable, uno puede darse el gusto de comer sano.[8] Que es un gustazo. Se puede disfrutar mucho sin perjudicar la salud. Una maravilla. En cambio, grandes estudios epidemiológicos —diseñados y conducidos con rigor científico y sometidos a la exigente criba de la publicación en revistas

médicas de primera línea— han permitido contar los miles de muertes prematuras provocadas por la invasión de lo comercial, especialmente los productos ultraprocesados,[9] que invaden nuestros supermercados y que producen efectos perversos.[10] Una tras otra, se han ido constatando evidencias científicas gracias a la epidemiología. Demostraron que los profesionales de la salud pública tenían *razón*.

Acabaremos ganando la partida contra la Nada. Hay que tener paciencia, reunir los datos y seguir produciendo y publicando la mejor ciencia médica que se pueda lograr. Se ha denunciado que las dietas-basura son casi como «armas de destrucción masiva».[11] Pero peor que una dieta-basura puede ser toda una cultura-basura. Llevado a los temas que nos ocupan en esta ocasión…, ¿es posible que nuestra cultura esté llenándose de agujeros negros en corazones, almas, cerebros y cuerpos? Bastaría con el dato de que una de cada cinco chicas estadounidenses universitarias afirma haber sufrido en su campus una agresión sexual[12] y en España esto ocurría en el 10,5 % de las mujeres de 18 a 35 años solo durante el último año.[13]

¿Es la Nada que se extiende?

Es posible que lo que más daño haga al Paraíso del amor sea su *corrupción*, que hoy en día suele ir de la mano de una visión equivocada y parcial del tema; bastaría con preguntar a los agresores de esas chicas en EE. UU. qué buscaban con sus acciones. Detrás del despeño por este derrotero concreto, hay también otros intereses poderosos. Mucho negocio.

Análogamente a todo lo que pasó con el tabaco, las drogas o las corporaciones industriales de comida-basura y bebida-basura, parece que está ocurriendo ahora en ciertos temas relativos a la sexualidad. Intereses comerciales de grandes empresas multinacionales. Manipulación política. Ideologías. Y muchas veces, incluso sin darse cuenta, seres que aceptan dejarse usar. Parece como si se hubiese desintegrado la persona y solo quedasen partes de su cuerpo. El agujero negro que provoca la Nada también puede acabar con el cuerpo. Sigue leyendo y lo verás.

La socióloga alemana Gabriele Kubi denunció, con admirable altura intelectual y desparpajo, que la visión más física y despersonalizada de la sexualidad y del amor parece ahora querer imponerse, como un totalitarismo, desde la infancia. En este contexto sería lamentable que algunas acciones de salud pública, a pesar de estar llenas de buenas intenciones, pudieran resultar contraproducentes e incluso autodestructivas. Se podría estar destruyendo la libertad en nombre de la libertad.[14] Una gran paradoja.

No se puede actuar con ingenuidad. Hay muchos intereses comerciales en juego. Además, se aprovechan de las acciones cándidas de bienintencionados agentes de salud pública. Mientras tanto, diversas corporaciones multinacionales explotan las apetencias y así se lucran en sus negocios insanos. Causan más y más daños sanitarios. Arrastrada por el pensamiento único, aprovechan la bondad superficial de quienes tendrían que confrontarles. Ya lo decía ese buen filósofo, Julián Marías: «Donde todo el mundo piensa igual, casi nadie piensa demasiado».

Mientras, la Nada seguirá avanzando.

¿Cómo puede actuar la salud pública en este contexto?

Una herramienta principal de la salud pública es la educación. Educar en salud consiste en cambiar hábitos, con exquisito respeto a la libertad, para ayudar a que cada persona tome libremente las decisiones sobre su conducta que mejorarán más su salud. Esto incluye muchos aspectos impartidos fundamentalmente a nivel personal y adaptados a las circunstancias particulares:

- Informar.
- Razonar.
- Motivar.
- Persuadir.
- Reforzar las conductas positivas.
- Identificar las barreras a los comportamientos saludables y afrontarlas.
- Facilitar recursos para saber cómo actuar correctamente.
- Prevenir recaídas.
- Fomentar el autocontrol, el autoexamen y la autoeficacia.

Pero los filósofos de la salud pública siempre han defendido que no basta con educar individualmente. Hay que ir más allá. El siguiente paso imprescindible es cambiar el ambiente social para hacer más fáciles las elecciones más sanas.[15, 16, 17] Esto es decisivo e incluye las normas socialmente aceptadas, la legislación, la publicidad, el márquetin sanitario, la arquitectura de las opciones, los valores familiares, la disponibilidad de recursos, las acciones en los *massmedia*, los currículos escolares, los pequeños empujoncitos que se pueden dar a las personas mediante pistas ambientales, para que casi sin esfuerzo lo más sano les resulte lo inmediato, lo más atrayente, y acaben cumpliéndolo casi sin esfuerzo. Una vez que se logra cambiar el ambiente y se transforman los criterios sobre lo que es socialmente aceptable, se logra que una población acepte e incorpore

mayoritariamente la nueva norma saludable.

Aceptada la nueva norma social saludable (por ejemplo, no fumar en sitios públicos), ya no se requiere que los individuos realicen un especial esfuerzo ni cuenten con una gran fuerza de voluntad. Logrado el cambio, la propia marea social empuja casi automáticamente hacia lo más sano. Todos se ven llevados, sin esfuerzos especiales, a seguir los estilos de vida beneficiosos. Así, muchas aproximaciones de mera educación individual para la salud resultan superficiales, incompletas y costosas de desarrollar y mantener.

Lamentablemente, muchos enfoques antiguos de salud pública usaban solo indicadores de bienestar o gratificación inmediata.[18] Actualmente, en epidemiología ha cobrado más importancia valorar cómo la gente es capaz de tener propósitos a largo plazo en la vida. Es epidemiología positiva. Esto se corresponde con mejores resultados en salud que las gratificaciones inmediatas. Se constata, tras observar a miles de personas durante décadas en estudios epidemiológicos (los llamamos «cohortes»), que tener un propósito en la vida resulta decisivo para disfrutar de buena salud al final del estudio. Al hablar de tener buena salud se suele afirmar que esa salud se goza. Se ve cómo se unen intrínsecamente la salud y la felicidad. Se comprueba científicamente que ese sentido de finalidad hace a las personas más sanas, más alegres y *disfrutonas*, más resistentes a las frustraciones y más capaces de dar sentido y plenitud total a sus experiencias vitales. Esto repercute favorablemente también en lo más corporal y físico. Es una corriente que tiene cada vez más impacto en la investigación de alto nivel en salud pública y en psicología.[19]

Las escalas y medidas operativas de estos conceptos se tradujeron a más de treinta idiomas y generaron pronto cientos de publicaciones científicas que apoyaban la utilidad de un enfoque que estaba en las antípodas de la exaltación de las gratificaciones inmediatas. Se centraba, en cambio, en tener propósitos en la vida. Esto viene a coincidir con la enseñanza que se extrajo a partir del test del bombón, con el que empezaba este capítulo. A la dimensión del propósito en la vida se le suman otras cinco: desarrollar buenas relaciones interpersonales, adquirir resiliencia, no dejarse llevar por las modas del ambiente (la llamada «maestría» o «gestión medioambiental»), saber admitir las propias limitaciones y procurar convertirse en la mejor versión de uno mismo.[20] Todo esto hace a las personas más capaces de mantener su salud a largo plazo. En el fondo es ser más humanos.

Muchas veces se ha definido a la persona humana como *animal racional*.[21] Por eso, cuando perdía la racionalidad, se quedaba en

animal *a secas*, es decir, en animal y *solo animal*. Es interesante contemplar ahora la perspectiva que exponía Peterson al valorar los cambios en el comportamiento humano a medida que iba siendo más evolucionado.

Una de las mentes más brillantes en la salud pública a principios del siglo XXI, especialmente en los aspectos metodológicamente más avanzados de la epidemiología, era Tyler VanderWeele,[22] catedrático de Epidemiología en Harvard.

VanderWeele es uno de los cuatro directores del libro más sólido, profundo y reputado de Epidemiología, *Modern Epidemiology*.[23] Pero también es el director del Programa de Florecimiento Humano de Harvard, que se fundó con el fin de integrar los conocimientos de las ciencias sociales empíricas y las humanidades sobre temas fundamentales para alcanzar la salud, la felicidad y la plenitud de la vida humana. En este concepto de «Florecimiento Humano» se incluyen el propósito en la vida, la virtud, el matrimonio y la familia, la religión, el trabajo, el perdón, las relaciones sociales e interpersonales sólidas y la promoción del bienestar humano. ¡Buena falta nos hace! Los médicos que salen de las facultades necesitan una gran dosis de cultura y humanismo. Hace falta una buena dosis de Gregorio Marañón en los médicos. Más *Gregorio* y menos *gregarios*.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948 proclamó su bien conocida definición de salud: «A state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity», que se ha traducido como «un estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no solo la mera ausencia de enfermedad o achaque».

Tal definición no es un dogma. Desde 1948 ha llovido mucho. No ha estado exenta de críticas desde entonces. Esta definición es excesivamente utópica y poco realista, ya que es obvio que el «completo» bienestar brilla habitualmente por su ausencia. Además, es subjetiva al equiparar bienestar percibido con salud (basta pensar en un tumor maligno que esté extendido, pero todavía no haya dado

síntomas). Por otra parte, es poco operativa y, por ello, resulta difícil de medir. Milton Terris, en 1980, fue de los primeros que tuvieron la desfachatez de corregir a la OMS y cambió su definición de salud. Suprimió el término «completo». Su definición de salud fue «un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedad». La salud y la enfermedad formarían un continuo, como el frío y el calor en una escala de temperatura. Terris definió dos aspectos en la salud, el *subjetivo*, que correspondería a la sensación de bienestar, y el *objetivo*, que es la capacidad de funcionar y permite que pueda medirse.[24]

Poco después, en 1982, Stokes, Noren y Shindell expandieron el concepto de salud al definirlo como «un estado caracterizado por la integridad anatómica, fisiológica y psicológica; la capacidad de desempeñar funciones familiares, laborales y comunitarias valoradas personalmente y la capacidad de hacer frente al estrés físico, biológico, psicológico y social».[25] Mahler también incluyó en la definición de salud la posibilidad de realización de una vida social y económicamente productiva.

Michael P. O'Donnell, editor jefe del *American Journal of Health Promotion*, definió en 2009 la salud óptima como «un equilibrio dinámico de la salud física, emocional, social, espiritual e intelectual».[26] En este contexto multidimensional y dinámico, O'Donnell defiende la creación de oportunidades que abran el acceso a entornos que hagan que las prácticas de salud positivas sean la opción más fácil.

En pleno siglo XXI, tanto VanderWeele de Harvard, como Carol Ryff, de la Universidad de Wisconsin, por diversos caminos científicos, llegaron a conclusiones todavía más completas. Ambos supusieron una corriente novedosa de aire fresco en la salud pública y la medicina preventiva. Apuesto que la escala de Florecimiento Humano de VanderWeele,[27] que contiene doce preguntas (Panel 1), tendrá cada vez más importancia en salud pública. Perfilará incluso el propio concepto de salud.

Estas contribuciones más recientes e importantes de Ryff y Vanderweele abren nuevos panoramas apasionantes para entender a fondo los conceptos de salud y epidemiología, desde una óptica positiva.[28] Tienen bastante que ver con la gozosa revolución que propone este libro. A contra corriente. La revolución de los salmones.

Panel 1

Escala de florecimiento humano de VanderWeele

Área 1: Felicidad y satisfacción vital.

1. *En general, ¿cuál es su grado de satisfacción con la vida en general estos días?*
   0=No está satisfecho en absoluto, 10=Completamente satisfecho
2. *En general, ¿cómo de feliz o infeliz se siente habitualmente?*
   0=Extremadamente infeliz, 10=Extremadamente feliz

Área 2: Salud mental y física

3. *En general, ¿cómo calificaría su salud física?*
   0=Mala, 10=Excelente
4. *¿Cómo calificaría su salud mental en general?*
   0=Mala, 10=Excelente

Área 3: Sentido y propósito en la vida.

5 *En general, ¿hasta qué punto cree que las cosas que hace en su vida merecen la pena?*
   0=No valen la pena en absoluto, 10=Valen la pena por completo
6. *Entiendo bien cuál es mi propósito en la vida*.
   0=Muy en desacuerdo, 10=Muy de acuerdo

Área 4: Carácter y virtud.

7. *Siempre actúo para promover el bien en todas las circunstancias, incluso en situaciones difíciles y desafiantes*.
   0=No es cierto, 10=Completamente cierto
8. *Siempre soy capaz de renunciar a algo de felicidad ahora para obtener una mayor felicidad más adelante*.
   0=No es cierto en mi caso, 10=Es totalmente cierto en mi caso

Área 5: Relaciones sociales e interpersonales sólidas y estrechas

9. *Estoy satisfecho con mis amistades y relaciones*.
   0=Muy en desacuerdo, 10=Muy de acuerdo
10. *Mis relaciones son tan satisfactorias como me gustaría que fuesen*.
   0=Muy en desacuerdo, 10=Muy de acuerdo

Área 6: Estabilidad financiera y material

11. *¿Con qué frecuencia se preocupa por poder hacer frente a los gastos mensuales normales?*
   0=Se preocupa todo el tiempo, 10=No se preocupa nunca
12. *¿Con qué frecuencia se preocupa por la seguridad, la alimentación o la vivienda?*
   0=Se preocupa todo el tiempo, 10=No se preocupa nunca

Si se leen estas doce preguntas con detalle, será fácil advertir que hay en ellas algo que podría chocar con ciertos aspectos de la cultura contemporánea. Sobre todo, vendrán a la cabeza nombres y caras de personas o de grupos (empezando por tu propio grupo de amigos) donde, al menos, uno o dos de estos conceptos parece que no van a sentar bien. VanderWeele sería un poco disidente. Llegados a este punto, es posible que empiece a sentirse disonancia entre lo que hasta ahora te han venido vendiendo en tu entorno y lo que se cuenta en este libro. Efectivamente, este libro es «disidente». Se quiere salir de todo lo que suene a ir en manada. Presento a continuación un caso histórico de *disidencia*. Un salmón que salió del rebaño y se enfrentó a quien ostentaba el máximo poder político de su país. Nada menos. Hace muchos siglos de esta historia. Pero sigue siendo actual.

Pensamiento único e imperialismo sentimental

La gran película clásica *Un hombre para la eternidad*, de Fred Zinnemann, ganadora de seis Óscar,[29] resulta fiel a la realidad. La trama es que Enrique VIII había decidido repudiar a su mujer legítima, Catalina de Aragón, para casarse con Ana Bolena, de la que se había encaprichado. Pero quiso que todos pasaran por el aro y le diesen su complacencia. Para eso él era el Rey. En vez de entender la autoridad como servicio a sus súbditos, la entiende como puro capricho para su propio interés personal, narcisista y que acababa solo en sí mismo. La película presenta en toda su crudeza la pretensión despótica de la monarquía totalitaria de Enrique VIII que llega a obligar a todos sus súbditos —bajo penas legales progresivamente más fuertes— a que expresen bajo juramento que están de acuerdo con este tema marital personal del rey de Inglaterra.

Por otro lado, Enrique VIII había otorgado el más alto cargo del Estado a uno de los mejores juristas de Europa, Tomás Moro, en correspondencia a su preparación, currículum, prestigio, sabiduría legal y honradez. Parecía que era el mejor cualificado para juzgar si era justa o no la nueva boda. Mas este veía claro el abuso desde su origen.

Así que, con elegancia y amabilidad, pero sin cejar en su valentía, responde al rey: «Cuanto más lo pienso, más claro veo que… no puedo estar de acuerdo con su majestad».

El rey no solo rechaza abiertamente el juicio de quien está más cualificado que él en temas legales, sino que le responde que, si no piensa como él, «es que no lo ha pensado bastante».

Es la norma del pensamiento único, impuesto de manera tiránica.

Tanto que a Tomás no le queda más remedio que optar por no opinar e incluso por *no pensar*. Esta es la quintaesencia del totalitario. Pretende cancelar la inteligencia y la libertad del resto: «Prohibido pensar, a no ser que pienses como el dictador».

En esta línea, la presión es creciente y se acaba recurriendo a la mentira. Buscan a un testigo falso que, instigado por Thomas Cromwell, comete perjurio. Y así condenan a muerte a Tomás. «O pasas tú por el aro o te paso yo por la cuchilla».

También, actualmente, en muchos terrenos relacionados con la salud pública, se pretende imponer a la fuerza y aplicando penas legales cada vez más asfixiantes una norma de pensamiento único, una suerte de dogma en asuntos más que cuestionables. En esta situación se pretende que todos, sin excepciones, tengan forzosamente que compartir las opciones de quienes imponen por la fuerza esa visión. No solo compartirlas. Hay que ir más allá. Tienen que alabarlas. O las alaban o se les machaca. Para el disidente, la estaca. Ese es el dilema. No es la guillotina, el hacha o la cuchilla, pero sí el linchamiento mediático y la expulsión del diálogo social, que empieza por colocarle una etiqueta agresiva para cancelarlo. Cuando se impone el pensamiento único de modo totalitario, no hay lugar para la «disidencia». Es la cultura de la cancelación.

Hay que ser valiente para tener una opinión propia. La vía monocarril del pensamiento único quiere convertirnos a todos en cobardes. Que nadie hable. Todos deben alabar la vestimenta del rey, aunque al rey se le vea el trasero. Pretenden sutilmente convencer a la gente de que pensar por libre es malo. Muy malo. Es una especie de nueva religión atea. Cuenta con fanáticos zelotes, siempre sumisos al poder y al dinero, y con todavía más fanáticos inquisidores, siempre atentos para aplicarle *ipso facto*, y masivamente, el estacazo al que ose retarles. Twitter es la nueva hoguera de esta inquisición.

Hay una gran manipulación global en todo el mundo, especialmente en los temas relativos a la salud sexual y reproductiva y a los negocios montados en torno a ella, sin dejarle mucho sitio al verdadero amor personal. Existen grandes corporaciones multinacionales que fomentan esa comercialización. Para lograr sus fines deben instalar en la mente de los consumidores una visión irreal de la sociedad y de la tan cacareada salud sexual y reproductiva. Además, los mercaderes cuentan con aliados políticos que imponen en muchos países a golpe de boletín oficial las perspectivas que son más rentables comercialmente para enormes corporaciones de la industria del sexo, la pornografía, la contracepción, las hormonas y el aborto.

Es un hecho que hoy se alían los estatalismos, sean de un signo o

de otro, con los intereses de grandes capitalismos (sectores de la *Big Pharma, Big Alcohol*, *Big Marijuana*, *Planned Parenthood,* GAFA,[30] Corporación Industrial de Pornografía Online, redes de tráfico sexual de personas o de turismo sexual, etc.). Y en muchas ocasiones lo hacen para destruir cualquier libertad de disentir de sus intereses crematísticos, ideológicos o políticos (que entran con cierta frecuencia en conflicto con los de la salud pública). *Money talks*, se dice en inglés. El dinero manda. «Poderoso caballero es don dinero», decía Quevedo.

El interés es que no haya ciudadanos libres y juiciosos, que puedan plantarle cara o ni siquiera toser a estas perspectivas. Quien maneja los hilos de la ciudad irreal solo quiere tener sus pequeños *minions*. Marionetas manipuladas. Rebaños. Borreguitos dóciles y sumisos. Clones.

Lamentablemente, en esta situación, no se tendrá ya libertad alguna para defender ni la naturaleza, ni la biología, ni la salud pública, ni ninguna otra ciencia. No será posible. Lo prohíbe la ley autoritaria de pensamiento único, impuesto como la única vía socialmente aceptable. Siempre existirá algún «Cromwell», complaciente con el tirano, que llegue a extremos de inmoralidad verdaderamente execrables (manipular y mentir en un juicio induciendo a un testigo a perjurar) con tal de adular al dictador. Esta realidad histórica se refleja bien en la película de Zinnemann. Así le pone en bandeja al rey la cabeza del disidente, aunque este actuase con toda la cortesía y buenas formas posibles.

Puede haber quien invite a la adulación de esas autoridades como un medio para un buen fin. Porque una vez que a Tomás Moro le cortaron la cabeza, ya no pudo decir nada. Quizá bienintencionadamente se podría pensar que le era mejor mantener la cabeza sobre los hombros para lograr algo más. Te aconsejarán, como hizo el duque de Norfolk con Moro: «Primero miras para otro lado, te tapas la nariz o vuelas por debajo del radar, les dices que sí, solo de boquilla y salvas el pescuezo. Pero así, al menos, no le pasarán la cuchilla a tu reputación. Seguirás vivo y lograrás decir algo, aunque sea en voz muy baja».

Un mal medio para un buen fin.

Siempre hay que tener este principio presente en la práctica médica y en las acciones de salud pública. Un fin loable nunca justifica unos medios intrínsecamente injustos. Usar medios intrínsecamente averiados para fines aparentemente nobles solo conduce a los mayores desastres. Tanto en un extremo como en otro, los totalitarismos, sean monárquicos, capitalistas, fascistas o marxistas, buscan justificar sus aberraciones con la excusa de que

persiguen un fin bueno.

Las peores catástrofes de la salud pública se explican por perseguir fines que se antojan excelentes, usando malos medios. También se cosechan desastres cuando se adopta una aproximación de lucha de clases (el odio, la confrontación, como motor de la historia) para intentar arreglar problemas sociales o de salud pública. La actitud de Tomás Moro fue lo más contrario a la violencia o a la provocación de conflictos. Extremó el afecto, la comprensión con las personas, la tolerancia, la amabilidad y el respeto al rey.

Incluso buscó si había un modo de prestar juramento que fuese compatible con no sumarse a la injusticia. Es tal su actitud conciliadora que, en su último discurso, inmediatamente antes de ser decapitado, se presentó como «fiel súbdito del rey». Sus armas son nobles y leales: el amor, la verdad, la lealtad, el respeto y la justicia. Usando estos principios, a veces, puede parecer que se pierde una batalla y se fracasa, pero a largo plazo también son los medios más eficaces y la historia acaba dando la razón.

Enrique VIII ejerció una presión cada vez más insoportable. A la larga hubo persecución abierta y sangrienta a todo el que —en ejercicio de su libertad— quisiese pensar de otro modo.

Muchos médicos también han recibido o recibirán presiones para que se acomoden dócilmente a los intereses de ciertos sectores de esos capitalismos o de esas visiones irreales de la biología o de la sociedad. Pero no queda más remedio que disentir y no prestarse a colaborar ni con el mal ni con la mentira, pues eso acaba trayendo a la larga unas consecuencias sangrientas y funestas para los pacientes. Al final tendremos que venir los epidemiólogos a contar fallecimientos.

El asunto de fondo inicial que desencadenó todo este cúmulo de despropósitos en la época de Enrique VIII pertenecía a la esfera sentimental y era un tema *sexy*: el rey quería cambiar de pareja, porque habían cambiado sus sentimientos hacia Catalina y ahora se sentía fuertemente atraído por Ana. Cuando un tema es *sexy*, entonces parece que tendrá que haber carta blanca. Al final, su fuerte atracción sentimental por Ana se transforma en otro tipo de sentimiento muy distinto, porque acaba mandando decapitar a Ana (como también decapitó al complaciente Cromwell). Luego siguen, una tras otra, varias mujeres más del rey. A medida que sus sentimientos van cambiando, el hacha del verdugo sigue decapitando. Así avanza la Nada.

Lo políticamente correcto hoy día parece ser que, en temas sentimentales —o en temas *sexy* en particular—, se pueda defender un criterio contrario a la verdad de la naturaleza de las personas

humanas o que vaya en contra de realidades biológicas tan estables como la ley de la gravedad. O se falsee la verdad del amor personal y se violen los derechos de las personas. Se idolatra el capricho. Puro viento emocional. A partir del momento en que el tema es *sexy*, parece que ya todo vale. Tremendo error. El imperialismo más inhumano es el imperialismo sentimental, que consiste en darle la prioridad absoluta a los sentimientos (de por sí cambiantes), olvidándose de todas las verdades y realidades objetivas (de por sí estables) que también deberían considerarse.

La cabeza de Tomás Moro fue clavada en una pica junto a la puerta de los traidores, por orden del rey, y allí permaneció un mes. Cromwell fue degollado por alta traición cinco años después. El duque de Norfolk, amigo de Moro, también fue condenado por alta traición. Pero Norfolk se libró del degüello, porque la noche antes Enrique VIII murió de sífilis. Una enfermedad que tristemente sigue estando de rabiosa actualidad, como comentaré más adelante.

Esta historia es instructiva. Si en vez de haber dejado solo a Tomás Moro, los demás también hubiesen pensado, actuado y hablado para plantarse frente a la arbitrariedad y la injusticia, quizás le podrían haber parado los pies al tirano. Faltaron salmones. Todos dejaron solo al pobre Tomás, que fue, desde luego, un héroe. Moro remontó la corriente, se creció y no se arredró. A base de morir como un héroe, se convirtió en un verdadero «hombre para la eternidad».

La mejor escena de la película es el discurso de Tomás ante el parlamento británico. Ha quedado como un monumento en la historia del buen cine. La enseñanza de Tomás Moro lleva de la mano a la necesidad de salir de la zona de confort del rebaño y nadar, en cambio, contra corriente como un elegante salmón.

BUSCA LO MEJOR PARA TU VIDA, NO LO QUE HARÍAN LOS DEMÁS: LOS SALMONES

(¿Ser un clon o ser un salmón?)

¿Salmón o clon?

Realicé en 2017 un pequeño estudio con mis estudiantes de 6.º de Medicina, que no está publicado ni se publicará. Nunca uso datos de mis estudiantes para preparar un artículo de investigación en revistas médicas. Como me corresponde calificarles, no lo considero ético. Se podría llamar *el estudio de los abstemios*. Con absoluta garantía de anonimidad, y con gran énfasis en su sinceridad, les pedí que contestasen libremente a un cuestionario anónimo sobre su ingesta de alcohol. Se trataba de detallar su consumo personal de alcohol y contestar también sobre lo que pensaban que bebían sus compañeros de clase, tras seis años en los que habían tenido amplias oportunidades de conocerse mutuamente. Obtuve cerca de doscientas respuestas. Con esos datos completamente anónimos contrasté las dos cifras. Pensaban que de media la clase consumía 15,3 gramos de alcohol puro al día, mientras que la realidad era que consumía 7,0. Exageraban en un 18 % en términos absolutos el porcentaje de quienes se emborrachaban en el último mes. Pensaban que solo el 3,3 % de sus compañeros eran abstemios, cuando la realidad era que había un 23,5 % de abstemios.

En investigaciones similares, cuando se corregía este error y se les daba a los jóvenes la cifra verdadera, esto hizo que se redujese la frecuencia de sus borracheras.[1]

¿Puede alguien inteligente admitir que deberá emborracharse simplemente porque le parece que todos lo hacen?

Una canción de Michael Franks de los años 70 tiene como estribillo un viejo dicho en inglés *Monkey see, Monkey do*.[2] Lo que los monos ven, eso es lo que hacen. No son capaces de plantearse ir más allá. Tienden a imitar irracionalmente lo que ven, sin más. ¡Puro mimetismo! ¿Nos estamos comportando como simios? ¿Somos todos una panda de clones despersonalizados?

Vale la pena traer aquí a colación algunas frases del autor que más ha influido en la filosofía de la Medicina Preventiva en las últimas décadas, Geoffrey Rose:

> La palabra «normal» es causa de mucha confusión (…) por la equiparación del término «normal» que significa «común», con el término «normal» que significa «sano» o aceptable en algún otro sentido (…).
>
> La confusión se extiende a la esfera del comportamiento y la ética. Si la mayoría de la gente hace demasiado poco ejercicio (según su criterio de salud), esto se considerará sin embargo como un comportamiento «normal», y los que se desvíen de él serán considerados «los raros del ejercicio» (…).
>
> En una comunidad rural nigeriana era costumbre frotar boñigas de vaca en el muñón umbilical de los recién nacidos, a pesar de que, como consecuencia de esta práctica, una tercera parte morían de tétanos.
>
> En las sociedades occidentales modernas sigue siendo costumbre comer de manera inmoderada, a pesar de que un tercio de la población muere de enfermedades cardiovasculares.
>
> Lo «común» puede ser lo «enfermizo».[3]

Peor aún es lo que se constataba con el estudio de los abstemios. La percepción de lo que hacen los demás suele estar equivocada. Y la equivocación tiende a exagerar las conductas insanas. Suele pensarse que son más comunes de lo que realmente son. Se crea un círculo vicioso que hará que las conductas se deterioren más y más. No es, por tanto, buena regla guiarse por lo que hacen los demás. Mucho menos por lo que *se cree que hacen*. Pero a las personas les cuesta mucho llevarle la contraria a la mayoría de su entorno. Incluso cuando se dan perfecta cuenta de que esa mayoría se está equivocando. El ser humano lamentablemente puede ser, en ocasiones, demasiado *gregario*. *Gregario* viene de *grey*, rebaño. Es decir, ese conjunto que sigue acríticamente a los demás.

> Una sociedad no es simplemente una colección de individuos, sino que también es una colectividad y el comportamiento y la salud de cada uno de sus miembros están profundamente influidos por sus características colectivas y normas sociales.
>
> Si se les da tiempo, esas características colectivas y sociales pueden ser modificadas bien por los esfuerzos de individuos, como los formadores de opinión y educadores sanitarios, o bien por los efectos masivos de cambios en la economía, el ambiente o el desarrollo tecnológico.[4]

Dulces promesas para un dócil rebaño: pantallas y redes

Es fácil hacer promesas de dulces gratificaciones inmediatas y olvidarse de la responsabilidad. Ocurre así con ciertos mensajes que se emiten desde algunas instancias de la salud pública. Desgraciadamente.

En una de las conferencias que di a estudiantes universitarios sobre la Medicina Preventiva, hablé mucho de los *estilos de vida*.

Quería proporcionarles recursos para resistir a las presiones ambientales de la sociedad de consumo. Repasé el papel causal que diversos factores tienen para causar muerte y enfermedad: alcohol, tabaco, otras drogas, velocidad en carretera, sedentarismo, dieta basura, hartazgos de comida, multiplicidad de parejas y enfermedades de transmisión sexual (ETS)… Suele haber una industria poderosa detrás de cada uno de ellos. Se paga después un alto peaje de sufrimiento, dolor y muerte prematura. Sin contar dolorosas decepciones y sufrimiento emotivo y psicológico. La carga de enfermedad (*Global burden of disease*) está cada vez mejor contabilizada por los epidemiólogos. Los asistentes se convencían mayoritariamente, pero uno dijo:

> Mire, lo que ustedes tienen que hacer en Medicina Preventiva es inventar algo que nos permita disfrutar del tabaco, poder emborracharnos, drogarnos, ser imprudentes al volante, sedentarios, promiscuos y comilones y que todo eso no nos haga ningún daño a nuestra salud.

Le contesté que tal visión no es realista. Si alguien afirmase que tiene la receta *mágica* para conseguir la salud a base de remedios tecnológicos sin necesidad de cuidar el comportamiento, estaría sencillamente engañándose o viviendo en un mundo irreal. Hay que decirle la verdad a la gente. El espejismo de soluciones mágicas (más o menos *milagrosas*, véanse las «dietas milagro») con simples recetas tecnológicas, prescindiendo del estilo de vida, es una peligrosa y falaz seducción.[5] Precisamente cuando más avanzaba la tecnificación biomédica y parecía que sofisticados fármacos (reductores del colesterol, antihipertensivos, etc.) lograrían una nueva revolución epidemiológica al acabar con las principales enfermedades crónicas, se produjo uno de los mayores fracasos de la salud pública. De repente, surgió el sida. Los estilos de vida y los comportamientos tenían mucho que ver con él.

No se puede pensar en los diversos fracasos humillantes que ha tenido recientemente la salud pública[6, 7] sin hacerse la pregunta clave del Panel 2.

Panel 2

La prioridad en salud pública es modificar conductas de riesgo

¿Cuándo nos vamos a convencer de que la prevención no consiste en simples

medios técnicos o en recetas mágicas, ni menos en llenarse la boca con declaraciones «políticamente correctas», sino que hay que acometer simultáneamente y con decisión las raíces distales del problema que son cambios de estilos de vida personales y frenos a las presiones consumistas ambientales?

Hablando de la diabetes, se pronunciaba así un editorial de *Lancet* en 2010:

> Ya que la diabetes tipo 2, que representa el 90 % de la diabetes, tiene su origen en gran medida en factores sociales y de estilo de vida reversibles, es poco probable que un enfoque solo médico sea la solución (…). El hecho de que la diabetes tipo 2, una de las enfermedades más prevenibles, haya alcanzado proporciones epidémicas es una humillación para la salud pública. Se necesita una respuesta fuerte, integrada e imaginativa, en la que se reconozcan los límites del tratamiento farmacológico y las oportunidades de la sociedad civil.[8]

Entonces (en 2010) había 285 millones de diabéticos en el mundo. Pero en 2021 ya había 537 millones, y se espera que haya 643 millones en 2030 (www.diabetesatlas.org). Tropezamos en la misma piedra una y otra vez.

Desafortunadamente, los promotores de algunas estrategias de salud pública para jóvenes ven con excesivo fatalismo a la juventud, como si sus estilos de vida fuesen irrecuperables. Por eso, no se atreven a confrontar la necesidad de que la juventud mejore sus *conductas*. Parece que prefieren ser complacientes. ¿Es una oferta barata y falaz del bombón inmediato? Dulces promesas para un dócil rebaño…

Hay aspectos vitales que, si se descuidan, lo estropean todo. De ellos depende la salud y la vida entera. Son, sobre todo, seis factores:

- Alimentación.
- Actividad física.
- Sueño y descanso.
- Sexo y matrimonio.
- Tabaco.
- Alcohol y drogas.

La Medicina Preventiva consiste en gestionar estas seis dimensiones con equilibrio, sabiduría y acierto. La estupidez consiste en olvidarse de todos ellos y dedicarse a pedir que a uno le den una

pastilla y punto.

Alguna vez he hablado del «bucle tecnológico». Es algo así como estar siempre esperando que vengan los avances de la tecnología para solucionar los problemas derivados de los estilos de vida averiados, en vez de intentar solucionarlos por los medios más directos, de eficacia comprobada y que están al alcance de nuestra mano. El bucle consiste en que surgen fallos y efectos adversos de cada pastilla. Entonces, el círculo vicioso da otra vuelta para buscar una segunda pastilla que apañe las frustraciones causadas por la primera. Y así, sigue el bucle, con vueltas y más vueltas.

El error de base del *bucle tecnológico* es que sus proponentes caen en la trampa de pensar que el comportamiento del ser humano no se puede cambiar, que no se puede enseñar a la gente a llevar una vida más sana. Que es necesario inventar una pastilla que arregle los estropicios, sin mover un dedo para cambiar conductas.

Modificar conductas es posible. Requiere educación, pero también acciones estructurales del sector público. El compromiso del Estado debería consistir en frenar las presiones estructurales destructoras de estilos de vida sanos, especialmente cuando son tan patentes las influencias negativas de intereses comerciales consumistas. Por ejemplo, cuando se descubren informes internos que las empresas habían ocultado y que mostraban que ya conocían el daño que las pantallas y redes sociales estaban haciendo a los jóvenes. Así, un editorial de *El País* denunciaba en 2021:

> La reciente filtración de una investigación interna realizada por Facebook delata problemas relacionados con la salud mental entre algunos jóvenes. De ella se desprende que Instagram […] es tóxica para una parte de sus usuarios, y especialmente para las adolescentes. Según informa *The Wall Street Journal*, el 32 % de las chicas que se sienten mal con su cuerpo afirma que Instagram les hace sentir peor. Y lo mismo sucede con el 14 % de los adolescentes varones encuestados. Parece, pues, que la red social es especialmente perjudicial para una parte de los adolescentes, proclives a cuadros depresivos e incluso, en los casos más graves, a la idea del suicidio.[9]

La investigación epidemiológica ha demostrado que las pantallas y las redes sociales, especialmente cuando están relacionadas con contenidos pornográficos o denotan acoso, afectan a la salud mental, particularmente a la de los adolescentes y muy especialmente pueden haber contribuido al aumento de sus conductas suicidas,[10] como se irá mostrando también con detalle más adelante. Pero es que, además, según la propia investigación interna de la empresa Facebook, dueña también de Instagram, esta red hacía sentir peor a las chicas

vulnerables a trastornos de la conducta alimentaria. Esa conclusión, ocultada por la propia empresa que la generó era de marzo de 2020. La empresa admitía (solo internamente) lo siguiente:

- Hacemos que los problemas de imagen corporal empeoren para una de cada tres chicas adolescentes.
- Entre los adolescentes con ideación suicida, el 13 % de los usuarios británicos y el 6 % de los usuarios estadounidenses relacionaron el deseo de suicidarse con el uso de Instagram.[11]

Esta documentación oculta que poseía la empresa fue destapada por el *Wall Street Journal*, que la subió a internet. Son los llamados «Facebook Files».[12] Durante años, los directivos de estas redes trataron de encontrar modos de reducir los daños en la salud mental que sabían con seguridad que Instagram producía, pero querían mantener a la vez a los jóvenes enganchados a su plataforma, pues en ello les iban sus ganancias. Aunque los propios datos de Facebook mostraban que Instagram era tóxico, ampliar la red a usuarios jóvenes era vital para aumentar sus ingresos económicos, que eran de unos cien mil millones de dólares. No querían de ningún modo poner en peligro esas enormes ganancias. Por eso *ocultaron* sus informes internos. El asunto no quedó ahí, Facebook también tenía la ambición de lanzar un producto de Instagram para niños.

A la vez, su director general hablaba en una audiencia con los legisladores en el Capitolio y defendía que estas redes eran *beneficiosas*. Frances Haugen, exdirectiva de la empresa, denunció que los directivos de estas redes sociales no solo no arreglaron el problema, sino que mintieron y lo empeoraron. Estaban permitiendo que la desinformación, el acoso sexual, las invocaciones a la violencia, las venganzas y el porno permaneciesen en sus plataformas.[13]

El documental *The social dilemma* se estrenó el 26 de enero de 2020 en el Festival de Cine de Sundance. Netflix lo proporcionó a partir de septiembre de 2020. Se vio en treinta y ocho millones de hogares en los primeros veintiocho días tras su estreno. De modo impactante, este documental explicó cómo el diseño de las redes sociales, hasta en sus aspectos más nimios, estaba pensado y diseñado con sumo cuidado para alimentar una adicción, aprovechar las apetencias más básicas y así manipular a las personas y a los gobiernos, difundir teorías conspiranoicas y generar desinformación. Ese documental consistía básicamente en entrevistas con muchos exempleados, ejecutivos y otros profesionales de las principales empresas tecnológicas y plataformas de medios sociales como

Facebook, Google, Twitter, Mozilla, YouTube… Ellos, que conocían desde dentro todo este mundo de las redes en primera persona, narraron sus principales experiencias. Se mostraban críticos con la conducta de la dirección de las empresas y la manipulación que ejercían. ¿Quizás exageraban? ¿Estaban movidos por el rencor a sus antiguos jefes? Pero denunciaban que estas plataformas estaban provocando graves trastornos sociales, políticos, culturales y sanitarios. A las entrevistas se sumaba una historia de ficción que representaba la adicción a las redes sociales de un adolescente.

Del mismo modo, Abigail Shrier, en *Irreversible damage* (Regnery Publishing, 2020; Deusto, 2022), delata las influencias insanas sobre las adolescentes de ciertos «mentores» e *influencers*, muy activos en las redes sociales. El hecho es que las redes están ingenierilmente pensadas para generar dependencia y compulsión. Sus diseñadores han buscado que, una vez que la gente empiece a usarlas, se sientan con necesidad imperiosa de volver a ellas y no puedan resistir la tentación de usarlas. Hay mucho negocio detrás. Explotan las bajezas. No toda la culpa es de las redes. Hay que preguntarse antes cómo de empáticos y proactivos están los padres de esos chicos que, desde muy pequeños, quedan atrapados por redes sociales y pasan largas horas conectados: ¿son padres capaces de establecer normas de uso y educar en profundidad a sus hijos?, ¿les hacen pensar?, ¿les adiestran desde que son muy pequeños para superar posibles adicciones, incluida la adicción a pantallas?

Tras comprobar que más del 50 % de los usuarios de teléfonos inteligentes sentían ansiedad cuando no tenían cobertura o se les acababa la batería, se acuñó el término *nomofobia* para designar esa dependencia psicológica y conductual hacia los *smartphones* o hacia cualquier otro dispositivo digital. Se aplica, en general, a un trastorno, caracterizado por una compulsión de tener que conectarse a internet. Es una patología que genera ansiedad progresivamente creciente. Se tiende al aislamiento. Se va desarrollando irritabilidad e incluso agresividad al no tener el móvil a mano o al no poder conectarse a la red. Puede acabar en la adicción.

Las pantallas han causado también otro trastorno que se ha denominado *phubbing* (combinación de las palabras en inglés *phone/* teléfono y *snubbing/*desprecio). Quien padece *phubbing* solo estará atento a su teléfono móvil y a las notificaciones de las redes, sin atender a las interacciones presenciales con las personas reales que le rodean, por muy significativas que estas personas le sean. Manifestará un desprecio hacia las personas reales, que quedan postergadas a favor de las virtuales. Suele derivar en una imposibilidad de olvidarse del

móvil durante la conversación y tener que estar consultándolo continuamente. Es causa de muchos conflictos, incluyendo graves problemas con la pareja sentimental. Denota alto riesgo de adicción al móvil y de patología mental.[14]

Lo que también está claro es que las redes borran los límites entre el concepto de lo que es *público* y lo que es *privado*. Hacen que las personas vivan en el espejismo de creer que lo que publican va a quedar restringido solamente a su círculo de amigos. Mentira cochina.

Como afirma Byung-Chul Han, uno de los filósofos más leídos en el siglo XXI, en las redes sociales la obsesión por uno mismo hace que los demás desaparezcan y el mundo sea un reflejo de nuestra persona. Usuarios que son pasto del narcisismo. Se puede acabar obsesionado con informaciones y datos, es decir, con no cosas. Surgen los *infómanos* y los *infómatas*, el *homo ludens*, enfocado a los datos o al juego más que al trabajo. Se ha llegado ya a hablar de *datasexuales*, que son personas que recopilan y comparten obsesivamente información sobre su vida personal. La dominación total por parte de alianzas entre capitalismo y estatalismo será aquella que se dé cuando la gente solo se dedique a ver pantallas y a jugar. El teléfono móvil se convierte en un instrumento de dominación, al que la población se subyuga dócilmente, sobre todo los jóvenes.[15]

Esta dominación se torna especialmente álgida para las chicas adolescentes. El depredador está al otro lado de la pantalla del *smartphone*. La Fiscalía General del Estado avisaba que, tras el confinamiento por covid-19 en 2021, el acoso a menores por parte de adultos a través de Internet había aumentado en España un 175 % desde 2018. Y seguía creciendo.[16]

Internet es la nueva plaza pública por donde todos pasarán. Todo quedará allí ya para siempre. Lo que entra allí no desaparecerá nunca. Es fácil manipular las caras de fotos subidas a estas plataformas para componer con ellas imágenes pornográficas de cuerpos completos. Hay un internet oscuro, subterráneo, que vive de lo ilegal, incluyendo la explotación de imágenes de cuerpos ajenos y otras actividades delictivas. Las fotos y vídeos que alguien sube a su red social nunca se saben dónde acabarán o cómo se manipularán. Quienes frecuentan Instagram, Twitter, Facebook, Tik Tok, etc., no son solo personas ingenuas que quieren publicar sus fotos y vídeos de vacaciones o de algunos momentos destacados de sus vidas o de sus reuniones amistosas. No están solo ellos. Hay muchas más personas malintencionadas o ávidas de lucrarse comercialmente con negocios fraudulentos. Algunos además podrían no estar lejos de tu casa. Las fotos y vídeos no desaparecen nunca de internet, pero cada año hay

algunas chicas que sí desaparecen físicamente. Cada cierto tiempo salta a los medios algún tristísimo caso. También desaparecen menores.

Muchas otras chicas o mujeres no desaparecen, pero sí son violadas, agredidas o acosadas sexualmente. Los acosadores han hecho antes *sus deberes* buscando las fotos a través de las redes. Cuando alguien sube a una red las fotografías, pierde el control sobre ellas. El *Huffington Post* advertía que «la mitad de las fotografías de menores publicadas en la red acaban en manos equivocadas». Por otro lado, los móviles inteligentes e internet no solo son un espacio donde el peligro acecha a los ingenuos, sino también un sitio donde, desgraciadamente, hay quienes buscan esos riesgos. Así se exponen de manera proactiva a ser víctimas de un abuso o a caer en una adicción. Una consecuencia práctica muy directa: deja ya la costumbre de compartir cada parte de tu vida en internet. No te exhibas. No hace ninguna falta. Te puede acabar llevando a un verdadero calvario.

Jorge G. Berlinches, autor de *La trampa del sexo digital* (Almuzara, 2021), afirmaba que

> la consumición de pornografía y su adicción es un fenómeno silencioso, anónimo y secreto, cuyos efectos son apreciables —como cualquier adicción— con el paso del tiempo: cada vez vemos a más personas que sufren mucho por el consumo de pornografía, personas que pierden a su pareja, y que entran en una situación peligrosa. Es un fenómeno que no se percibe a corto plazo, pero sí que emerge con el paso de los años.
>
> Hay niños de ocho o diez años que ya tienen acceso a móviles, por lo que o se les educa o se van a convertir en una bomba de relojería. Es importante la educación en familia porque el acceso a la pornografía es muy fácil, no hace falta que la busquen. Hay que llegar antes de que sucedan los problemas.[17]

Los padres deben hablar más con los hijos sobre sexo *como algo natural*. Los propios adolescentes reconocen que recurren a la pornografía porque nadie les dio una información natural sobre el sexo. En los estudios poblacionales, los adolescentes y jóvenes afirman mayoritariamente que les hubiese gustado que sus padres les hubiesen hablado más y antes —mucho antes— de estos temas. Cuando los niños y adolescentes acceden por primera vez a la pornografía a través de su móvil, lo que ven entonces tendrá un atractivo gigantesco para ellos. Pueden empezar a transitar por un sendero que los deje enganchados. Por eso, resulta imprescindible que los padres se dediquen a hablar más con ellos sobre sexo, *desde muy pequeños*, pero no con grandes charlas ni disquisiciones, sino *como algo natural*. Los padres deben saber que es fundamental llegar *antes* de que estalle la bomba. Deben adelantarse y establecer unas normas nítidas.

Existen servicios que permiten aplicar un filtro para evitar que se puedan meter contenidos pornográficos desde el internet instalado en casa.[18] No obstante, tampoco se puede uno confiar solo en estos filtros porque muchos contenidos llegan a través de las redes sociales. Las reglas imprescindibles del juego deberían ir en las siguientes direcciones:

- Que los padres sean siempre un *ejemplo*, ya que lo estropearán todo si sus hijos los ven a ellos muy pendientes del móvil, ven que lo usan a deshoras o notan que sus padres caen en el *phubbing (*miran la pantalla del móvil en vez de escuchar a sus hijos.) Está científicamente documentado que ese *phubbing* de los padres acelera la depresión en la infancia tardía y en la adolescencia de sus hijos.[19]
- No permitir que se use el móvil antes de irse a dormir, ni menos que lo usen de noche, con la excusa de tenerlo como despertador ni que lo tengan disponible por la noche en la mesilla. Los primeros que deben dar ejemplo de esto son los padres y los hermanos mayores, dejando los móviles fuera de su habitación por las noches. En esto todos en la familia deben ir a una.
- Todos los de la casa deberían dejar todos los móviles al entrar en casa en el mismo sitio: *aparcamiento* de móviles (bajo llave) y recuperarlos solo al salir o en el rato donde esté permitido usarlos.
- Hay que saber si visualizan vídeos de Tik Tok o Instagram con acciones provocativas, eróticas, que son cuasipornografía o abiertamente pornografía. Se debe hablar de modo natural con ellos y animar a cada uno personalmente a que hable sobre sexo y sobre si han tenido acceso a pornografía o pseudopornografía por el móvil o les han llegado mensajes con contenido erótico. Esto no puede ser tabú. Debe tratarse con naturalidad, sin misterios, preguntando a solas con delicadeza y comprensión. Debe incluirse hablar de los grupos de WhatsApp en los que están y qué tipos de mensajes y fotos circulan por esos grupos: facilitar la sinceridad, y para eso lo mejor es que la sinceridad sea mutua.
- Fijar franjas horarias donde sí esté permitido el uso del móvil y otras en que no se permita usarlo y entonces quede encerrado en ese *parking de móviles*. Nunca debe permitirse usarlo en las comidas en familia.
- Tener siempre desactivados todos los avisos y notificaciones de mensajes. No puede estar sonándoles una señal a cada WhatsApp que entra.

- Exigirles resolver siempre los conflictos cara a cara, nunca mediante mensajes, no dejarles que transmitan a sus padres o hermanos las emociones a través de mensajes, sino que se alfabeticen emocionalmente y sepan hablar cara a cara.

Hay estudios que muestran que el 87 % de los jóvenes prefieren comunicarse a través de mensajes, emoticones y pantallas en vez de hacerlo presencialmente. Denota un analfabetismo emocional para gestionar bien sus emociones. Estas normas les ayudarán.

Los padres son quienes deben estar más atentos y adelantarse. Pero el Estado no puede mirar para otra parte. Son problemas que afectan a la salud pública. El compromiso de los gobiernos tendría que ser desarrollar acciones estructurales efectivas (regulaciones, filtros, multas, barreras al uso, etc.) que vayan al fondo del tema. Pero también, muy especialmente, tendría que desarrollar acciones para apoyar a los jóvenes que salieron de su zona de confort, son auténticos en su personalidad y pueden ejercer liderazgo entre sus iguales. ¡Podrían tener tanto tirón sobre los demás si se les apoyase adecuadamente!

Deberían también establecerse medidas que apoyen a las familias y faciliten que los padres mejoren la educación de sus hijos. No basta con ambigüedades ni con poner parches. Sin compromiso, el aparentemente apetitoso bombón de las dulces promesas para el dócil rebaño desaparecerá enseguida y dejará un sabor amargo. Cuando impera la filosofía del rebaño, las conductas personales acaban condicionadas, consciente o inconscientemente, por cómo se comporta la sociedad en la que se vive.

La continua conexión a las pantallas crea, especialmente en jóvenes, un crecimiento exponencial de actitudes gregarias y despersonalizadas. Se generan clones. Copistas. Como monos: *Monkey see, monkey do*. Una de las expresiones más repetidas sobre los jóvenes es que «cada vez están más conectados, pero también más solos». Es patente su dependencia y compulsión por estar continuamente enganchados a móviles y redes sociales. Así transcribe literalmente Shrier la respuesta de una mujer joven a la que entrevistó y recuerda su vivencia de adolescente:

> Si yo hubiese perdido entonces mi teléfono móvil o mis padres me lo hubiesen quitado, probablemente me habría dado un colapso porque yo era completamente dependiente de mis «amigos» virtuales.[20]

Es inquietante que esta experiencia de dependencia paradójicamente ligada a mayor sensación de soledad haya crecido en

paralelo al abuso de pantallas. Se extiende la fundada sospecha de que estos medios les ofrecen un sucedáneo artificial que no es capaz de reemplazar a la auténtica relación humana presencial. Las pantallas carecen de la calidez y certeza del trato directo. Son tapaderas que impiden disfrutar de la necesaria proximidad, confianza, apertura y sinceridad de las interacciones cara a cara. Favorecen el anonimato y la frialdad. Crean una distancia en la comunicación que puede paradójicamente generar aislamiento, ansiedad, tristeza y depresión.[21]

Las redes sociales, por su parte, compiten entre sí gracias a un bombardeo de estímulos consumistas. Todo esto contribuye a formar nexos interpersonales superficiales, inciertos y efímeros. De hecho, se hizo famosa la siguiente ironía: «Hay gente más falsa que un amigo de Facebook».

La filtración de investigaciones internas de Facebook apoya la evidencia epidemiológica previa que ya demostraba el aumento de la depresión, ansiedad e ideación suicida entre jóvenes de la generación Z (nacidos entre 1995 y 2010), también llamada «iGen». La dependencia de pantallas y redes sociales es uno de sus determinantes. Es una adicción preocupante. Los abusos de pantallas son peligrosos. Hay base científica suficiente para considerar las adicciones a internet como factor de riesgo de suicidio, especialmente en menores de dieciocho años.[22] Pero hacia 2020 la *mayoría* de los jóvenes pasaban muchas horas al día enganchados a esas pantallas.

Cuando le preguntaron al conocido psicólogo Jonathan Haidt*:* «¿Por qué ha ocurrido este repentino aumento de la ansiedad, la depresión y las autolesiones en los jóvenes?». «Las redes sociales», fue su respuesta inmediata.

Casi lo mismo expresaba Jean Twenge, catedrática de Psicología en San Diego State University, en *The Atlantic*: «No es exagerado describir a la iGen como si estuviera al borde de la peor crisis de salud mental en décadas. Gran parte de este deterioro puede atribuirse a sus teléfonos móviles».[23]

El iPhone salió a la venta en 2007. En 2018 —una década más tarde—, el 95 % de los adolescentes tenía acceso a un teléfono inteligente y el 45 % declaró estar en línea «casi constantemente». Instagram, Tik Tok, Snapchat, WhatsApp, Tumblr, Facebook y YouTube —todos ellos muy populares entre los adolescentes— albergan una amplia gama de tutoriales visuales e inspiración pictórica para la autolesión, la anorexia (*thinspiration, thinspo, skinnycheck*) e incluso para suicidarse. Publicar las experiencias de uno con cualquiera de estas aflicciones ofrece la posibilidad de ganar cientos —incluso miles— de seguidores. La anorexia, la autolesión y el

suicidio han aumentado drásticamente desde la llegada del teléfono inteligente. Muchos adolescentes que se exponen a pornografía no lo hacen en páginas web de la Corporación Industrial de Pornografía Online, sino que la ven gratis en plataformas de medios sociales como Snapchat y WhatsApp.

La red social Tik Tok es de fabricación china. El algoritmo que utiliza está hábilmente estructurado computacionalmente para ir adelantándose a los gustos del usuario y ponerle en bandeja un anzuelo tras otro. Y el usuario pica. Un dato instructivo es la juventud de sus usuarios: el 60 % tiene entre 16 y 24 años. Cuando un niño o un adolescente se inicia en Tik Tok, ya desde que genera su perfil, le está entregando al sistema una cantidad ingente de valiosos datos personales, que luego ese algoritmo empleará para manipularlo. Al ver cada breve vídeo se genera nueva información que retroalimenta las adivinanzas del sistema para seleccionar y ofrecer lo que más puede cautivar al usuario. Esto sucede también cuando se le pone un *like* a algún vídeo, o con cada persona que empieza a ser seguida por el usuario, y con muchas otras opciones de esta red. Todo esto son variables que el sistema utiliza para que el usuario se quede pegado a la pantalla. Se usa la información de cuánto tiempo se dedica a ver cada vídeo, cuántas veces se repite el visionado, qué comentarios se le añaden, qué contenidos se comparten, *etc.*

Todos esos datos se almacenan y se analizan junto con el nombre y apellidos del usuario, que queda muy retratado. Así, cada nuevo vídeo que se le ofrece estará perfectamente adaptado a lo que más compulsión por verlo podrá crearle. Estas y otras razones hicieron que India prohibiese Tik Tok a partir de julio de 2020.

El Dr. Leonard Sax, un conocido médico estadounidense, se preguntaba en Mercatornet en marzo de 2022 si Tik Tok era peligroso para los jóvenes.[24] Sax afirmaba que Tik Tok está específicamente personalizado para adaptarse a lo que puede enganchar más al usuario. Esto incrementa su potencial para ser adictivo. Su peligrosidad dependerá de cómo lo use cada joven.

Se han disparado los casos en jóvenes de diversas alteraciones neuropsiquiátricas en relación con Tik Tok. Los psiquiatras de Inglaterra empezaron a etiquetar con el nombre «Evies» a las chicas que les llegaban a sus consultas porque su trastorno se parecía al de Evie Meg Field, una chica que padece síndrome de Gilles de la Tourette y tenía más de catorce millones de seguidores y más de quinientos millones de *likes* en sus vídeos de Tik Tok. Se dispararon los casos de esta enfermedad en jóvenes, sobre todo en chicas, que eran seguidoras de los vídeos de Evie. Desarrollaban tics

incontrolables, coprolalia (repetir palabras o frases ofensivas) o sentían la necesidad de lanzar gritos desaforados. El término que se empezó a usar es «enfermedad inducida por las redes sociales».

Las dietas «milagro» para adelgazar, extremas y sin fundamento científico, se hicieron muy presentes en las redes. Esto pudo contribuir al crecimiento de los trastornos de la conducta alimentaria mediados por pantallas. Ya hace años que los estudios epidemiológicos han identificado fuertes influencias mediáticas en el origen de estos trastornos.[25] El *hashtag* #diet de Tik Tok adquirió pronto muchos millones de visitas y lo que allí se encontraba era pura pseudociencia, con dulces promesas falaces, absolutamente inverosímiles. La configuración del sistema de Tik Tok lleva casi inevitablemente a encadenar vídeos en espiral. El algoritmo es demasiado fuerte para resistirlo y absorbe a las chicas en un mundo que promete una perfección física que se obtendría con solo esforzarse un poco más. Son estereotipos que promueven el dilema de o ser una muñeca Barbie o ser una fracasada. Hacen mucho daño. Está constatado por estudios epidemiológicos que la presión de los estándares socioculturales de imagen corporal y apariencia física ejerce el efecto más fuerte en el desarrollo de conductas alimentarias restrictivas y afecta negativamente a la imagen corporal de las mujeres y a su autoestima. La búsqueda de información sobre la imagen corporal en los medios de comunicación se ha identificado como el factor con la asociación más fuerte en el desarrollo de los trastornos de conducta alimentaria de tipo bulímico entre las chicas.[26]

Por otra parte, las chicas que publican vídeos en Tik Tok pronto descubren que su popularidad en internet va a estar ligada a la exhibición de su sexualidad. En clínicas de tratamiento de anorexia y bulimia han encontrado que el 60 % de las chicas tratadas publicaban vídeos «sexualmente inapropiados» en Tik Tok.[27] Las redes sociales fueron propiciando una exposición cuasipornográfica o abiertamente porno de chicas ingenuas, que no advertían que las imágenes que entran en internet, allí se quedan para siempre, aunque sea en el internet oscuro y profundo (*Dark Web*).

La *presión del grupo* suele ser muy fuerte en los jóvenes y las pantallas amplifican tal presión. Les cuesta mentalmente ser independientes. Parecería que optaran por *clonarse*, en vez de ser ellas mismas.

Lo inteligente sería salirse de la conducta aborregada de ese grupo cuando el sendero que siguen es *tóxico* y les está llevando a un precipicio. Les suelo poner a mis alumnos de sexto curso de Medicina la siguiente diapositiva en clase, porque una imagen dice más que mil

palabras.

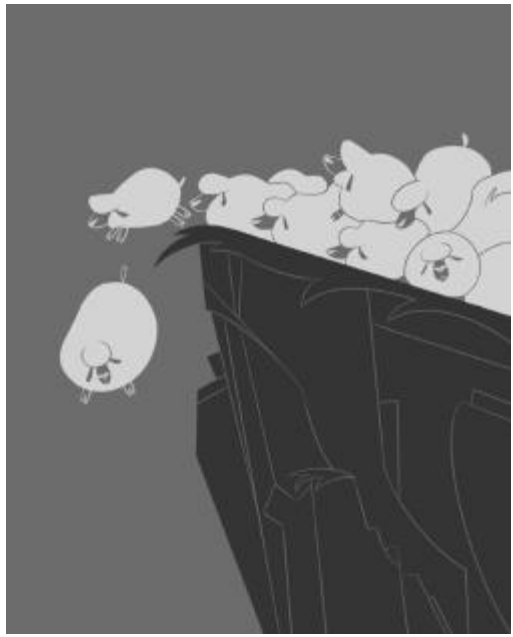


Figura 1. Sigamos todos al rebaño / Samlo.

La rata drogata

Los grupos tóxicos son una realidad. La presión del grupo está detrás de los atracones del alcohol, la adicción a marijuana, el uso compulsivo de pantallas y otras conductas adictivas.

Usaré otro ejemplo gráfico para explicar las conductas adictivas. Hay un tipo de experimentos realizados habitualmente con ratas que se denominan «autoestimulación cerebral». Pasé muchos meses trabajando en este tipo de experimentos en la Facultad de Medicina de Granada, en el Departamento de Fisiología, bajo la dirección de Francisco Mora Teruel. La autoestimulación consiste en implantar un electrodo en una zona del cerebro. A este electrodo le llega un cable que se activa cada vez que la rata oprime una palanca. Cuando la rata oprime accidentalmente por primera vez la palanca que hay en su jaula, se disparará una pequeña corriente eléctrica que hace que la rata reciba un impulso en su cerebro a través del electrodo que se le implantó. La rata lo notará. Si el electrodo se implanta en una zona relacionada con las vías cerebrales de recompensa (correspondientes a lo que llamaríamos *placeres carnales*), enseguida la rata aprende que, al oprimir la palanca, recibirá una recompensa placentera inmediata.

Solo el mínimo esfuerzo de hacer un pequeño clic con la palanca se traduce en una rápida recompensa. Cuando el electrodo está adecuadamente situado en ciertas zonas cerebrales, enseguida se observa que el fenómeno se vuelve *compulsivo* y la rata aprieta frenéticamente una y otra vez la palanca, sin interesarle nada más. Tras pocas sesiones de autoestimularse de esta manera, se aprecia que el animal se ha trastornado, da la impresión de estar aburrido cuando se le saca de la jaula y no tiene a su alcance la palanca. Una vez dentro de la jaula, no atiende aparentemente a otro interés que no sea el de provocarse de esta manera barata, inmediata e incesante una sensación gratificante.[28] Se han obtenido respuestas similares, aunque no tan intensas, con diversas drogas como cocaína, opiáceos, *etc.* Se especula que esta es la base cerebral de las sensaciones gratificantes que experimentamos. Pero es llamativa la rapidez con que se pasa de la gratificación barata a la *compulsión*, a la dependencia y pérdida de libertad.

En los modelos animales de autoestimulación cerebral puede apreciarse lo absorbente que es disponer de un método fácil y seguro para lograr un refuerzo sensitivo positivo. Al alcance de un solo clic. Cuando el animal descubre que hay en su jaula una palanca y aprende a provocar con un solo clic una descarga eléctrica que estimule su cerebro para obtener el refuerzo, gradualmente su interés queda absorbido solo por esa palanca. Al cabo de poco tiempo, ya no atiende a nada más que a apretarla cuantas más veces pueda. En este punto resulta interesante valorar la analogía con esos emperadores romanos que vomitaban cuando ya no podían entrarles más alimentos en el tubo digestivo. Se trataba de vomitar para poder así seguir disfrutando de la comida después.

Cualquiera que imagine el espectáculo del emperador romano provocándose el vómito pensará que aquello es aberrante, que se ha hipertrofiado tanto el placer de comer que se le ha trastornado la razón. Ha perdido la racionalidad, pues de algo que es solo un medio o un ingrediente (el placer que acompaña al acto de alimentarse) ha hecho el fin *primario* de su acción. Se ha degradado. Ha perdido el recto uso de la razón en este tema. Tales aristócratas romanos que aplicaban a la alimentación el reduccionismo de usarla solo como una mera fuente de placer mirarían a la comida de otra manera que quien la busca racionalmente para saciar su hambre, restaurar su organismo y cuidar su salud.

Panel 3

Gestionar apetencias

Quien actúa racionalmente disfrutará de la comida, pero gestionará bien el placer, para integrarlo con inteligencia en el contexto de todos los demás aspectos. Algo análogo sucede con otros apetitos.

Al recordar la esclavitud ante la palanca de la rata drogata que presencié en esos años de estudiante, no puedo obviar la adicción a pantallas, con su particular palanca, el dedo o clic del ratón. *Ratonizados*. Los jóvenes de las generaciones Z (nacidos entre 1995 y 2010) e Y (nacidos entre 1982 y 1994, *millennials*) han sufrido una transformación de su cerebro. Se han vuelto dependientes de las pantallas. Se habla de *demencia* digital. Constantemente están alerta con sed de recibir notificaciones. Parece que algunos no pueden vivir sin esas gratificaciones instantáneas. Cuando la adicción empieza a ser manifiesta, se les debe recomendar que den largos paseos *sin el móvil*.

La generación Z está marcada por Internet. Reconozco que nos pueden enseñar mucho en diversos aspectos. Pero es preocupante que no conciban la vida sin las pantallas. Son su principal forma de socializar, educarse y ser familia. Por eso, tienden a descuidar sus relaciones interpersonales *presenciales*. Sienten compulsión por conseguir todo lo que quieren a golpe de un clic. Sus estilos de vida tienden a fotocopiar los de los *influencers*. Son multitarea y capaces de navegar a gran velocidad y encontrar enseguida la información que necesitan, pero su capacidad de atención es limitada y pronto olvidan lo que leyeron en la pantalla. Son consumidores independientes y exigentes, pero pueden acabar convertidos en fotocopiadoras.

Las pantallas fueron diseñadas para ser adictivas. La dopamina es la hormona del placer. Las redes sociales han hecho antes sus deberes para estudiar cuál es la dosis de dopamina que se le otorgará a cada usuario para producirle la gratificación inmediata ante cada estímulo y conseguir engancharlo. Como la rata, que también recibía su dosis. Es algo normal que se busquen tales placeres. No se trata de ser robots. Pero hay que aprender a gestionarlos bien, sin dejarse capturar ni esclavizar. Sin renunciar a ser uno mismo. La voluntad es la clave para adquirir con soltura y familiaridad la capacidad de posponer la recompensa inmediata. Esto es lo que forma parte del *florecimiento humano*. Cada retraso de una gratificación para buscar a la larga una felicidad mayor es un acto de fortalecimiento de la corteza prefrontal del cerebro, la más relacionada con la capacidad intelectual. Hay plasticidad neuronal. Nos estamos recableando de continuo con

nuestras decisiones y así mejoramos nuestra capacidad de realizar una gestión libre y voluntaria de los impulsos.

La magnitud y amplia conectividad de la corteza cerebral prefrontal son parte de lo que hace *único* a nuestro cerebro. Dado que sus funciones son tan importantes para el comportamiento humano, no es de extrañar que múltiples enfermedades psiquiátricas se asocien a anomalías en el córtex prefrontal.

La mala gestión de las emociones en una cultura *consumista* y *sentimentalista* crea dependencias y altera estas funciones superiores. El mundo de las pantallas tiende a esclavizar por las gratificaciones instantáneas. Cada frustración o aburrimiento lleva a una vía de escape fácil a través del simplón recurso a la pantalla o a la red social. Y, sin darse cuenta, uno va perdiendo cada vez más libertad. Se acaba en una nula tolerancia a la frustración, que hace a las personas *carne de cañón* para desarrollar una depresión. Las pantallas hicieron a los jóvenes más vulnerables a la enfermedad mental y a la ideación suicida en los inicios del tercer milenio. Es necesario, especialmente para personas de 8-30 años, aprender a hablar de sus emociones, identificarlas, comunicarlas a algún *coach*, saber dar esos largos paseos sin el móvil, practicar en esto también un cierto ayuno intermitente… que ayude a poner límites claros en el uso de pantallas y en la posible captura emocional que pueden provocar. Se han multiplicado los riesgos de volverse adicto y se necesita un gran cuidado y apoyo para protegerse.

El botellón y otras traiciones del alcohol

El *borreguismo* y su tiranía son quienes están desgraciadamente haciendo más estragos en muchos sectores de jóvenes que se sienten presionados porque piensan —erróneamente— que *todos los demás lo hacen*. Parecen haber perdido su libertad, pues se subyugan fácilmente a la presión ambiental. Aplican aquel simplón pareado:

—¿Dónde va Vicente?
—Donde va la gente.

No solo existe la palanca de las pantallas para darle un clic a lo que apetece y generar compulsión. Algo similar ocurre en los jóvenes con el alcohol o con los porros. Y tanto pantallas como alcohol como porros pueden ser traidores en las relaciones románticas y en el amor.

Según el Plan Nacional de Drogas, en 2020 en España al menos uno de cada cuatro adolescentes se emborrachaba habitualmente cada

mes. Este porcentaje superaba el 35 % en chicos y chicas de dieciocho años. La extensión del uso problemático del alcohol en los jóvenes representaba una profunda humillación para la medicina preventiva.

Hay jóvenes que reconocen su timidez u otros defectos de carácter, sus miedos y sus pesadillas mientras están despiertos, pero no afrontan la raíz de esos problemas. En cambio, lo que muchos acaban haciendo es recurrir al alcohol u otras drogas solo para tapar sus déficits de carácter, aunque la causa permanezca. Es la insulsa y traicionera invitación:

—Venga, tómate unas copas y verás cómo te animas.

Por ahí se empieza. Luego vienen las resacas y muchas otras consecuencias no deseadas. Dolores de cabeza. Dar una imagen de uno mismo patética al acabar vomitando en muchas fiestas. Calambres. Pueden empezar a notarse hormigueos en manos y piernas. Alteraciones de memoria. E incluso síndrome de abstinencia, que cada vez se volverá más fuerte si no se toman esos tragos. Se asustan cuando notan que empiezan a perder la memoria de lo que pasó la noche anterior. Al final, un día, ese chico, esa chica se pondrá delante del médico en la consulta y reconocerá:

—Doctor, soy alcohólica.

Son palabras que he oído y me recuerdan una triste historia. No es ficción. El alcohol contenido en licores, cerveza y vino es una droga, que se llama químicamente «etanol». Tiene efectos diversos y generalizados en el organismo, está relacionado con un mayor riesgo de unas doscientas enfermedades[29] y repercute directa o indirectamente en casi todos los sistemas neuroquímicos del cerebro. Es muy distinto consumir bebidas alcohólicas como parte del patrón alimentario (un vaso de vino con la comida) que usar el etanol como droga psicoactiva, ingerida de modo compulsivo con una amplia serie de copas concentradas en unas pocas horas, especialmente los fines de semana. Esta es la esencia del botellón. Se busca el efecto psicoactivo —*coger el puntillo*— a base de consumir bebidas fuertes en modo atracón durante un periodo breve de 2 horas o menos. Pero incluso en dosis relativamente bajas, el etanol no solo no arregla, sino que agravará la mayoría de los problemas médicos y psicológicos que una persona padece. También afectará a los efectos de muchos medicamentos que son metabolizados en el hígado. Cuando ya se

consume en dosis más altas (por ejemplo, beber cada vez que se sale el equivalente a 3/4 de una botella de vino de 750 cc o 1/2 de ron o vodka del mismo tamaño), puede imitar temporalmente muchas enfermedades mentales (por ejemplo, la depresión) y otras patologías (por ejemplo, la diabetes). Por eso, en medicina, al alcohol se le llamó el *gran imitador* porque puede mimetizar y simular un abundante número de enfermedades, al producir los mismos síntomas que otras causas. Es un simulador. Como todo traidor.

A lo largo de la vida, aproximadamente el 20 % de los hombres y el 10 % de las mujeres, sea cual sea su nivel educativo o económico, tendrán problemas reiterativos y graves con el alcohol (por ejemplo, recibir un diagnóstico psiquiátrico de trastorno por consumo de alcohol).[30] Consumir más de tres bebidas estándar al día *no reduce ningún riesgo*, sino que aumenta el de cáncer y enfermedades cardiovasculares. Los trastornos por consumo de alcohol acortan la vida en unos diez años. Está más que demostrado por buenos estudios epidemiológicos que el alcohol incrementa el riesgo de suicidio,[31] especialmente por el uso agudo (*botellón*, atracón).[32] Consumir repetidamente alcohol contribuye a que nazca una necesidad cada vez mayor de aumentar el número de copas o la dosis ingerida para producir los mismos efectos originalmente observados con menos cantidad. A esto se le llama *tolerancia adquirida*. Es un fenómeno bien conocido en medicina para el alcohol y otras drogas que implica a varios mecanismos compensatorios que originan el síndrome de abstinencia (ese «mono», que surge en cuanto se ha pasado cierto tiempo sin consumir alcohol). Se origina así una dependencia. Se pierde libertad, se acaba esclavo del alcohol. Se descubre lo muy felón que el alcohol es. El porro es otro traidor. Los que han sido así traicionados aprenden a adaptar su conducta para poder funcionar mejor de lo esperado bajo la influencia de la droga (tolerancia aprendida o tolerancia conductual). Las células del organismo se acostumbran a funcionar bien solo bajo los efectos de esta sustancia.

Cuando ocurre esto, descensos rápidos de la alcoholemia (niveles de alcohol en sangre) producirán un síndrome de abstinencia, que es más intenso durante los primeros cinco días. Algunos síntomas (por ejemplo, trastornos del sueño y ansiedad) durarán de cuatro a seis meses como parte de un síndrome de *abstinencia prolongada*. No solo se necesita una desintoxicación, sino que es precisa una *deshabituación* y muchos alcohólicos han de recibir ayuda de organizaciones como Alcohólicos Anónimos o ser internados en instituciones como las del Proyecto Hombre.

A nivel cerebral, el alcohol afecta a casi todos los

neurotransmisores, incluidos los de vías cerebrales relacionadas con la ansiedad, la depresión, el estrés y el miedo.[33] Otros receptores que se afectan están involucrados en el control del dolor y también en la plasticidad neuronal y en la formación de sinapsis (conexiones entre neuronas). El alcohol atrofia el cerebro.[34] En 2022, la prestigiosa revista *Nature Communications* publicó un estudio que coincidía con la evidencia científica previa sobre el efecto atrofiante que la ingesta de alcohol en grandes cantidades tenía. Se asociaba a menor volumen cerebral global, reducción de materia gris y alteración de la microestructura de la materia blanca. Pero lo novedoso de este estudio fue que este daño ya se advertía con consumos medios de solo una o dos unidades de alcohol diarias y se hacía más fuerte a medida que aumentaba la ingesta de alcohol.[35] De todos modos, la principal limitación era que se trataba de una valoración transversal en el tiempo, sin seguimiento alguno. Por eso, no era posible saber si es que los que tenían menos cerebro consumían más alcohol o era el alcohol quien les reducía el tamaño de su cerebro. Es el dilema del huevo y la gallina: ¿se les achicó el cerebro por haber consumido alcohol? ¿O es que quienes tenían menos cerebro fueron quienes más alcohol consumieron? ¿O ambas cosas a la vez?

El alcohol aumenta de forma aguda los niveles de dopamina.[36] Este efecto se relaciona con el placer y contribuye a mantener un consumo continuado de alcohol. También está detrás, probablemente, de la compulsión (pérdida de libertad) y el ansia por seguir consumiéndolo. Y de las recaídas. Durante la intoxicación aguda se afecta la regulación de los receptores de serotonina, que están implicados en la depresión.[37]

Alguien que me haya leído antes o me haya oído hablar de la dieta mediterránea, que suele incluir una copa de vino tinto en las comidas, se habrá asombrado de que ahora mencione todos estos daños causados por el alcohol. ¿Es que me he vuelto un fundamentalista de la abstinencia alcohólica? No, de ningún modo. Hay que aplicar un principio de salud pública que es la *segmentación del mensaje*[38]. El mensaje de salud pública sobre el alcohol que hay que dar a una persona joven es no consumir *nada* de alcohol, pues para alguien joven el nivel más seguro es 0. Eso es lo que más beneficiará su salud.[39] Las principales amenazas para la vida de los jóvenes son los suicidios, las enfermedades mentales, los accidentes de tráfico y el cáncer de mama en las chicas. Todo eso aumenta con el alcohol, por poco que se consuma. Además, el alcohol en los jóvenes, consumido en patrón «botellón», se tiende a emplear como droga psicoactiva, para tapar otros problemas, que no se afrontan y, por

tanto, seguirán creciendo al seguir tapados por las copas.

En el contexto de lo que trata este libro, el alcohol es un gran peligro. La bebida se comporta como un villano desleal que te engaña y puede acabar llevando a la gente en los temas sexuales a donde no hubiesen querido llegar. Muchos acosos sexuales que han ocurrido en fiestas y celebraciones nunca se hubiesen producido si la gente no hubiese estado pasada de copas. Quien siembra vientos, recoge tempestades. Se usa el alcohol para desinhibirse y luego tener la disculpa de que «es que estaba un poco bebido». Así intentan algunos excusarse tras haber practicado conductas sexualmente inapropiadas. A más alcohol, más desinhibición y peores serán las consecuencias. Este es un motivo poderoso para recomendar a los jóvenes ser abstemios. Les invito a serlo. Es posible. Muchos lo son. Más de los que parece. Lo dejó claro el estudio de los abstemios que inicia este capítulo.

En cambio, es distinto el mensaje que se debe dar a quien lleva años bebiendo moderadamente y ya tiene más de 45-50 años, sin haber estado atrapado en excesos, adicciones o consumos problemáticos. Se trata de quien se bebe su copa de vino en la comida desde hace años y nunca se ha visto a sí mismo pasado de copas. A esa persona hay que decirle que lo más saludable, especialmente para la salud cardiovascular, será adoptar un patrón mediterráneo de consumo de alcohol, consistente en esa copa de vino tinto en las comidas, solo una, sin concentrar las copas en el fin de semana y tratando de evitar bebidas más fuertes que el vino. A esa persona, ya mayor, que siempre supo moderarse, se le puede invitar a que disfrute sanamente de una buena copa de vino, como parte de su patrón alimentario. No solo no hay problema en ello, sino que esta costumbre le hará bien también a su salud. No solo importa la cantidad de alcohol que se beba, sino el patrón de consumo, ya que el efecto se modifica en función del patrón de consumo. La evidencia epidemiológica es muy consistente[40], digan lo que digan algunos pocos estudios recientes.

En cualquier caso, nunca se debe invitar a un abstemio a iniciarse en el consumo de bebidas alcohólicas. También, sea cual sea la edad, se debe recomendar la abstinencia absoluta a quien tenga o haya tenido un *uso problemático de alcohol*.

¿Cómo saber si alguien está empezando a tener un uso problemático de alcohol? Se nota cuando empieza a haber, a causa del alcohol, una pérdida de interés en las actividades y aficiones normales que antes resultaban atractivas, se suman los descuidos en el atuendo, las dificultades o cambios en las relaciones con los amigos, como

unirse a un nuevo grupo donde todos beben en exceso, que empeoran las notas en el instituto o en la universidad o que surgen otros problemas académicos, cambios frecuentes de humor o comportamientos defensivos para negar un problema con la bebida que otros, desde fuera, pueden estar advirtiendo y criticando.

En torno al 35 % de los bebedores que se pasan de una copa en las ocasiones de bebida experimentan alguna vez el llamado *blackout*. Se trata de un episodio de pérdida de memoria anterógrada, es decir, prospectiva y que abarca un periodo limitado de tiempo. Durante el *blackout*, el paciente está despierto, pero olvidará después todo lo que sucedió. Esta proporción del 35 % se ha encontrado que sube hasta el 50 % entre los estudiantes universitarios que beben (suelen consumir más cantidad y en atracón, esto es, el fin de semana) y en una proporción todavía mucho mayor en los pacientes diagnosticados con un trastorno por consumo de alcohol.[41]

Me da mucha pena cuando pienso en algunos alumnos de facultades de medicina que, en sus fiestas, se dejan atrapar por la estafa del alcohol. Luego, aparecerán sus fotos en redes sociales. Son fotos o vídeos que muchos verán en sus pantallas y pueden no desaparecer nunca de internet. Quedarán retratados en escenas lamentables, porque se nota a kilómetros su ebriedad. A veces incluso pueden aparecer con una banda cruzada en el pecho que dice «Míster Borracho» o «Miss Borracha», porque sus compañeros los eligieron para darles esa *distinción*.

En pocos años, esos alumnos serán médicos, se enfundarán su bata blanca y se plantarán delante de un alcohólico a darle consejos. Cualquier paciente puede acabar descubriendo que el tal Dr. Rodríguez fue el Míster Borracho o la Dra. Sánchez fue la Miss Borracha que aparecía en Instagram o en Facebook. También puede haber quien coincidió con el Dr. Rodríguez en una de esas fiestas y le vio, bajo los efectos de la bebida, dedicarse a acosar sexualmente a chicas. Peor todavía si se subieron a internet fotos escabrosas. Ahora tiene que pedirle al Dr. Rodríguez que le atienda por una sospecha de cáncer de mama. Algo similar podría decirse de la Dra. Sánchez y el paciente que necesita que le resuelva un problema de próstata…

Hechos similares pueden suceder en otras profesiones. No parece que las traiciones del alcohol ayuden a tener prestigio profesional en el futuro en ninguna ocupación. Hoy día, todo queda grabado y archivado en la red, incluida su vertiente más oscura.

No hay duda de que las traiciones del uso psicoactivo del alcohol o de los porros en los jóvenes representan una epidemia de dimensiones gigantescas. Una pandemia. Invadidos por la Nada.

Muchedumbres enganchadas a lo adictivo. Como peleles. Como ratas drogatas. Como clones. Como nunca. Parecía que todo el rebaño se despeñaba precipicio abajo. ¿Todos? No. No son todos. Hubo rebeldes. Existieron señales de renovación alegre y sin complejos en muchos jóvenes.[42]

Para los jóvenes inteligentes, valiosos, rebeldes y con verdadera personalidad, oír que se seguían estas conductas de riesgo simplemente «porque todos lo hacían» era precisamente un motivo más que les movió a rechazar el *borreguismo*. Se negaron a ser fotocopiadoras. Defendían su personalidad. Deseaban ser ellos mismos. Son admirables por haber tomado las opciones más sanas. Han aprendido a remontar las corrientes de moda. Se han hecho muy fuertes. Son más felices. Son los *salmones*.

TU PRIORIDAD ES LA FELICIDAD DURADERA DE PUERTAS ADENTRO: HOGARES FUERTES

(¿Puedes hacer algo ya para salvar tu matrimonio antes de que empiece?)

Los líderes empiezan como salmones

Gandhi. Nelson Mandela. Martin Luther King. Cualquiera de los revolucionarios que haya cambiado el mundo. ¿No eran *salmones*? ¿No empezaron a base de nadar contra corriente? Ninguno de ellos se conformó con asumir pasivamente —y sin pensar— las premisas de su entorno. No siguieron mansamente a la mayoría. Todos empezaron sus revoluciones ellos solos o desde un grupo muy pequeño, pero siempre con una buena dosis de *rebeldía*. Esto fue especialmente llamativo en los grandes líderes de la salud pública. Todos ellos fueron críticos, rebeldes, inconformistas y muy valientes. Parecían incluso venir de otra época. Inactuales. Supieron decir las cosas claras a su sociedad. Denunciaron, con respeto, pero sin titubeos ni timideces, los postulados dañinos, las falacias y los errores tóxicos de la cultura en la que habían nacido.

En efecto, las grandes figuras históricas de la Salud Pública, como Johann Peter Frank, Edwin Chadwick, Lemuel Shattuck o Geoffrey Rose, reaccionaron sin complejos ante las injusticias y prejuicios de su época. Reclamaron la necesidad de cambiar estructuras. Parecieron contraculturales, desfasados e incluso subversivos en su empeño por navegar contra corriente. También tuvieron que sufrir.

Pero al final son quienes lograron crear los grandes vuelcos sociales.

Se atribuye a Ghandi la siguiente frase:[1]

> Primero te ignoran.
> Luego se ríen de ti.
> Luego te combaten.
> Luego ganas.

¿Una cultura tóxica?

Graves problemas de Salud Pública fueron, en gran parte, el resultado de una *cultura tóxica*. Entre otros aspectos, en esa cultura tóxica se

incluyen la glotonería, obesidad, flojera y sedentarismo, incumplimiento de las prescripciones médicas, hábitos tóxicos, violencia, adicciones y diversos factores de riesgo de depresiones, otras enfermedades mentales y suicidios.

Río arriba, más allá de la *comida basura*, el problema del inicio del siglo XXI, como mencioné antes, era, sobre todo, una *cultura basura* que subyacía a los comportamientos. Estaba dominada por la obsesión de buscar placeres físicos y emociones instantáneas a todo trapo y a corto plazo («no dosifiques los placeres, si puedes derróchalos»). Pero era incapaz de dar respuestas a las crisis existenciales derivadas del dolor físico o moral que acabarían apareciendo inevitablemente en la vida de las personas. La prioridad la ocupaban los aspectos más físicos, sensibles y emocionales. En este contexto, me parece magistral la siguiente consideración de C. S. Lewis en su libro *La abolición del hombre*:

> Los estados emocionales pueden estar en armonía con la razón (cuando simpatizamos con lo que debemos reconocer) o no (cuando percibimos que debemos simpatizar, pero no sentimos tal simpatía). Ningún sentimiento es, en sí mismo, un juicio; en este sentido, ninguna emoción o sentimiento tiene lógica. Pero puede ser racional o irracional según se adecúe a la Razón o no. El corazón nunca ocupa el lugar de la cabeza, sino que puede, y debe, obedecerla.

Aplicar la cabeza, la racionalidad, libera a la cultura de sus aspectos averiados. En cambio, la cultura tóxica y descabezada impulsa el problema del siglo XXI, que no es la comida basura, sino la cultura basura y sus efectos sobre su sociedad y tiempo para buscar un placer tras otro y así escapar. ¿Quizás para evadirse de la realidad? Hay quien recurre a esta escapatoria, en vez de usar la inteligencia para afrontar las causas profundas de esa ansiedad, de las tendencias depresivas («bajones») o de problemas de carácter o personalidad. Una perpetua huida hacia delante, como, por ejemplo, recurrir al alcohol u otras drogas como evasión o sucedáneo.

Ante la incapacidad de interiorizar, digerir y superar las realidades adversas mediante valores, actitudes, respuestas satisfactorias y comportamientos adecuados usando la inteligencia, se recurrió a tapaderas. Las pantallas y adicciones fueron lo único que interesaba a sectores amplios de la juventud. Y esa aparente huida hacia delante, como pollo sin cabeza, les convirtió en dependientes.

Las escapatorias falsas de los problemas subyacentes son una grave consecuencia adversa de la cultura basura que está aguas arriba (*upstream*) en los determinantes de la salud. La cultura tóxica determinará conductas y estilos de vida dañinos, que luego serán

estudiados aguas abajo *(downstream)* como factores de riesgo de la enfermedad.

Como afirmaba el cardiólogo canadiense Eldon R. Smith, debe seguirse una línea que ha sido constante en la filosofía de la salud pública, que es ir a la raíz y al fondo de cada problema de salud para prevenirlo, sin quedarse en lo superficial. Que se diga esto desde la Cardiología me alegra mucho y, quizás por eso, lo he citado con frecuencia en conferencias y clases. No basta confrontar los factores de riesgo, hay que remontarse río arriba a los orígenes culturales y sociales para buscar *los determinantes de los determinantes*. Es decir, preguntarse cuáles son las causas de las causas:

> Aunque se aborden todos los aspectos en una gradación continua del quehacer sanitario, se debe poner especial énfasis en la prevención (…) para alcanzar efectivamente el grado de prevención posible, debíamos hacer hincapié en las fases precedentes («upstream») para abordar no solo las causas de las enfermedades (…), sino las «causas de las causas». En particular, esto se aplica a los determinantes socioeconómicos de la salud, pero también se reconoce que algunos de los factores de riesgo más tradicionales pueden prevenirse en realidad prestando atención a los factores contribuyentes precedentes que pueden ser influenciados por la política pública. Un ejemplo es la marcada disminución de la prevalencia del tabaquismo entre los canadienses lograda en las últimas dos décadas.[2]

En esta visión coincidimos la inmensa mayoría de los profesores de Medicina Preventiva y Salud Pública en todo el mundo. Por ejemplo, Mervyn Susser, otra gran figura de nuestra especialidad, lo expresaba como un paradigma al que denominaba «ecoepidemiología»:

> Este paradigma trata las relaciones entre estructuras localizadas que están delimitadas social, biológica o topográficamente. El enfoque epidemiológico adecuado consiste en analizar los determinantes y los resultados en diferentes niveles de organización. Este análisis contextual se basaría en nuevos sistemas de información tanto dentro de los niveles como entre ellos para lograr una mayor amplitud.[3]

Las principales iniciativas de Salud Pública no pueden ser superficiales, estrechas ni miopes, sino que necesariamente han de considerar y afrontar en sentido amplio las raíces culturales y distales de los factores de riesgo (tan estudiados ya por la epidemiología). Las soluciones superficiales o los parches tecnológicos, por definición, no pueden cambiar lo que está en la base (río arriba) de los riesgos para la salud. A la postre, las soluciones que solo barnizan el problema,

pero no entran a fondo, acaban resultando estériles. Cualquier opción que no sepa ir más allá de las apariencias y el postureo y no se atreva a poner en jaque a la propia cultura tóxica será inútil, como arar en el mar. En medicina, el tratamiento realmente eficaz es siempre el tratamiento *etiológico*, el que va a la raíz del problema y es capaz de suprimir las causas y no solo los síntomas.

La revolución sexual global, como se irá viendo a lo largo del libro, está en el origen de diversos aspectos que se deben afrontar en profundidad. Fue analizada seriamente por la socióloga alemana Gabriele Kubi.[4] Esta revolución partió de los movimientos sociales del mayo francés del 68. Así los explicaba en 2022 Pablo Pérez López, catedrático de Historia Contemporánea, en una entrevista con Gema Lendoiro:

> La revolución que se vivió en esos años es la más importante para Occidente porque afectó a la generación joven más numerosa de Occidente en un momento de prosperidad, paz e influencia internacional con difícil parangón y, sobre todo, porque consiguió generar un importante cambio en los modos de vida. No indujo grandes cambios en la política inicialmente: los sistemas democráticos siguieron siendo lo que eran y las constituciones no se cambiaron, pero su interpretación sí.
>
> (…)
>
> Después del 68 la política ha afectado prevalentemente a ámbitos reservados antes a la vida privada, como la sexualidad o el cuerpo, que eran considerados antes asuntos de la vida privada salvo en los sistemas totalitarios.
>
> (…)
>
> Esa revolución dio forma e impulsó una utopía occidental que antes no existía: se dio por bueno que se podía crear una sociedad perfecta, rica, satisfecha, completamente libre, democrática, desenfadada, justa y ejemplar para todo el mundo. Era la solución final al modo occidental. La revolución perfecta.[5]

Algunas consecuencias positivas del Mayo francés merecen ser destacadas. Entre esos activos se incluye la exaltación del pacifismo, la defensa de los derechos sociales de los trabajadores, la mejora de la situación de la mujer en la sociedad, su incorporación masiva al mercado laboral; aportaciones notables del feminismo a la cultura actual, el crecimiento de los cuerpos intermedios de la sociedad civil como agente de diálogo o la consolidación y la defensa de muchos derechos humanos.

Pero en otros aspectos, especialmente en algunos de los que aquí tratamos, las promesas salieron como un tiro por la culata. Quizás nadie esperaba que, tras la revolución, creciese la fragilidad de los hogares. Los déficits educativos y la consecuente precariedad cultural

e intelectual volvieron muy vulnerables a amplios sectores de la juventud. A esto se unió la difusión masiva de contenidos chabacanos, tóxicos y adictivos, progresivamente más presentes en pantallas, redes, medios de comunicación, industria del entretenimiento, o incluso, en algunas élites culturales. Se juntó el hambre con las ganas de comer: gente indefensa y ambiente agresivo. Esa desgraciada confluencia probablemente se erigió en un determinante principal de la pérdida de salud en los países occidentales en los comienzos del siglo XXI, especialmente para los más jóvenes. El origen de estos determinantes probablemente también esté en esa revolución del siglo pasado, como explicaba después el mismo historiador:

> Esa idea triunfante en la nueva izquierda norteamericana conectó con el cine, con la publicidad y con la música, los grandes instrumentos de conformación de las mentalidades de esos años, y ha permeado las sociedades de estos países durante años hasta configurar una corriente cultural dominante que se difunde también a través del sistema educativo y de las leyes como medios de hacer pedagogía social. Se configuró así una suerte de nueva ideología, dominante ahora en nuestros países.
>
> (…)
>
> Ortega advierte el peligro de degradación que podría correrse por ese camino, y no solo él, pienso que mejor todavía que él lo expone Chesterton al mencionar la chabacanería como el gran peligro para la degradación social: el adoptar estándares igualando por debajo. Este tipo de cambios sociales son más lentos y duraderos que los *epidérmicos* que afectan a la economía o la política, afectan a las mentalidades. Pretender verlos crecer es como empeñarse en ver crecer la hierba.

Por desgracia, hubo estrategias teledirigidas desde las élites del poder y de grandes corporaciones multinacionales ávidas de lucro que parecían diseñadas para destrozar a las familias, sobre todo a las más desamparadas y para lesionar el sentido de las relaciones amorosas.

Afortunadamente, también surgieron muchas iniciativas positivas, que sembraban semillas gozosas, esforzadamente, día a día. Rezumando amor. Representaban una indudable prioridad para la salud pública, especialmente las acciones dirigidas a promocionar el papel de las familias en la educación sanitaria, una mejor comunicación en la pareja y entre padres e hijos. También son admirables las acciones de *coaching* (entrenador personal) y de apoyo por pares (jóvenes que tiran hacia arriba de otros jóvenes). Así como antaño existieron grandes héroes que hicieron desaparecer las lacras de una sociedad que disfrutaba con la muerte de gladiadores, que aceptaba lacerantes desigualdades sociales o la esclavitud como algo normal, en una cultura que, en definitiva, había perdido el rumbo,

también ahora en el siglo XXI hacían falta héroes que fuesen tan valientes como ellos. Se necesitaban grandes rebeldes que se negasen a comportarse como ganado.

En el libro de *La historia interminable* ya mencionado, el héroe no era solo Atreyu. Había un chico que, a medida que se va leyendo el libro, decide meterse en la historia como un personaje más y pasa de lector a actor, porque siente la llamada a impedir que se destroce el magnífico país de Fantasía. Tenía toda la pinta de antihéroe, pero acaba siendo el protagonista de la novela.

Lo que le estaba pasando a la mayor parte de la juventud era grave y era preciso rebelarse y actuar. La primera muestra de rebeldía es la conducta personal. Al mismo tiempo que abundaban los desvaríos, cada vez hubo más rebeldes que supieron plantarse, levantaron su voz y emprendieron iniciativas porque habían decidido tomarse con responsabilidad su integridad para comportarse verdaderamente como personas.

Los mejores activos de una gozosa revolución

Hay un gran activo para vencer en esta gozosa revolución. Jason Evert[6] solía contar una historieta en sus charlas a jóvenes. El dueño de una casa aislada en el campo tenía un perro. Una noche el perro empieza a ladrar a las doce de la noche y despierta al dueño, que baja al jardín a ver qué pasa. Observa que el perro le está ladrando solo a un arbusto. Le increpa para que se calle y le deje dormir en paz. Después de la una de la madrugada, el perro vuelve a despertarle ladrando. De nuevo, el dueño baja y ve que solo es de nuevo el mismo arbusto. No sabe cómo callarlo, coge un palo, le pega y el perro se calla. A las dos de la madrugada vuelve a repetirse la escena, pero el dueño ya está harto de que el perro no le deje dormir, así que coge la escopeta y mata al perro. Se vuelve a la cama. Entonces sale el ladrón que estaba escondido detrás del arbusto, roba y mata al dueño.

La enseñanza es que todos tenemos un perro que nos ladra dentro cuando hay un peligro. Y hemos de hacerle caso. Todos tenemos algo dentro, en nuestra mente, que nos hace reflexionar sobre nuestros actos. Ese es el gran activo, que es nuestro mejor colaborador y vive dentro de cada persona. Hay una capacidad interna de alarma que es clave para esta nueva y gozosísima revolución, ahora más necesaria que nunca. Este ladrido interior puede llevarte, por ejemplo, a pensar que estás empezando a consumir demasiado alcohol cada vez que sales. Oír el ladrido lleva a enjuiciar si nuestros actos son acertados o equivocados. El peor consejo que te pueden dar es cuando alguien te dice: «Mata al perro».

No hay que matar al perro. Ese ladrido del perro se debe escuchar y tomar en serio. Requiere ser valiente y sincero consigo mismo. Y es un juicio que también jugará a favor de que se prioricen los aspectos más personalistas y elevados de la naturaleza humana en el proyecto de amor a lo grande y de vida compartida generosamente. Esto es lo que hará felices y sanas a las personas. Hay alertas que suenan cuando se emprende el camino erróneo de rebajar todo solo a meros apetitos y se puede poner en juego la necesaria higiene mental.

Desde el mayo del 68, al dispararse la promiscuidad sexual, se sembraron las semillas para la enorme epidemia de sida que surgió doce años después y segó desde entonces millones de vidas humanas. Creció paradójicamente la explotación sexual de las mujeres, especialmente de inmigrantes venidas de países en desarrollo, a través de las redes organizadas de prostitución y tráfico de mujeres. Aumentó la violencia sexual. Y otras muchas consecuencias de una hipersexualización de la sociedad que se irán repasando en los capítulos siguientes.

A quienes tenían entre 15 y 25 años, en ese Mayo francés les contaron que un sexo efímero sin compromiso ni familia les regalaría el oro y el moro de la felicidad completa. Pero el hecho es que, medio siglo después, con 70 o más años, ya habían comprobado que compraron una mercancía averiada. Quizás muchos se han sentido estafados.

De otra parte, conmueve ver a esos matrimonios que celebran enamorados y apasionados sus cincuenta años de casados y no han sido arrastrados por estas olas. *Haberlos haylos*. Afortunadamente, así lo vi en mis padres, cuando en 2006 celebraron, rodeados de hijos, nietos, hermanos y sobrinos, sus bodas de oro (puse todo mi empeño en esta celebración, como hijo mayor) y mi padre me decía: «Hoy ha sido el día más feliz de mi vida».

Juega a favor del amor *de grandes alturas* el atractivo que tienen personas que han sido absolutamente rebeldes, como Agnes Gonxha Bojaxhiu. Una mujer nacida en Skopie (Macedonia del Norte) en 1910, de familia de origen albanés. Cuando tenía dieciocho años, se hizo misionera, y nadie como ella le habló después al mundo del amor. Lo hizo no con muchas palabras, sino sobre todo *con hechos*. Era una monja pequeñita, encorvada, sonriente, que luego acabó siendo conocida como la Madre Teresa de Calcuta. ¿Hay alguien que haya demostrado con hechos mayor amor que ella? Pudo demostrar tanto amor porque antes fue una persona ejemplar en cuanto a la gestión y el dominio de su voluntad.

Se ama *queriendo* y para eso hay que tener una *voluntad* muy

firme. Solo el amor en serio y con hechos da la felicidad. Cualquiera que supo la realidad de la vida y hechos de Teresa de Calcuta la reconoció como un testigo insuperable del amor. De hecho, el título de un libro que incluye algunos de sus heroísmos se hizo famoso durante la epidemia inicial de sida y lo dice todo: «Más grandes que el amor».[7] El amor profundo y total, de verdad, es una gozada. Los testigos del amor como ella también sabían hablar con *desparpajo*. Así lo hicieron muchos que saltaban cada día a la opinión pública para defender los valores lógicos, sensatos, tiernos, afectuosos y racionales. No se puede uno callar. Esta es la mejor rebeldía, la del que no quiere vivir como animal de granja y sabe dar sus respuestas respetuosa y razonadamente, pero con la insistencia y tenacidad que haga falta. Cuando alguien sabe explicar estas realidades solventemente, quienes le oyen admiten que está diciendo la verdad y le dan la razón.

Hay que formarse bien, hay que asimilar a fondo cada argumento. Todo pasa, pero los nuevos revolucionarios de hoy y ahora son quienes dejarán su huella y abrirán caminos hacia un futuro verdaderamente humano y alegre. Me da pena que la salud pública hoy vaya por otros derroteros. Este libro propone una revolución social frente a la cultura basura y la degradación de uno de los aspectos más nobles de la biología y psicología humana, las relaciones afectivo-sexuales.

Me gustaría que los actores principales de esta revolución de los salmones fuesen los jóvenes, pero también deberían ser los profesionales de la salud pública, como lo han sido frente al tabaco, la comida basura y otros hábitos insanos. Ante una civilización que a veces parece derrotada, cínica, aburguesada e incapaz de resolver sus grandes problemas y puede dar la impresión de esclerosis, la mejor respuesta es la de testigos creíbles. Necesitamos ahora, más que nunca, grandes rebeldes que con su vida personal demuestren que lo mejor sí es posible. No solo es posible. Es que cuando se hace, uno es más libre y feliz.

¿Verdad que parece más atractivo dedicarte a salir de la manada (o de la piara) y ejercer tu personalidad antes que convertirte en un clon o en un borreguito anónimo en el rebaño? ¿Por qué vas a perder tu libertad para dejarte arrastrar mansa y dócilmente por los demás, para ser solo una marioneta manipulada por una mayoría más o menos desorientada?

¿Cómo responderías tú personalmente a estas dos preguntas de la escala de Tyler VanderWeele, el profesor de Harvard?

¿Siempre actúo para promover el bien en todas las circunstancias, incluso en

situaciones difíciles y desafiantes?

¿Siempre soy capaz de renunciar a algo de felicidad ahora para obtener una mayor felicidad más adelante?

La felicidad está de puertas adentro de tu casa

[BERTA Y SU AMIGA MACARENA]

En casi todos los grandes estudios epidemiológicos, los riesgos de mortalidad y enfermedad son mayores en personas divorciadas o separadas que en quienes siguieron casados o enviudaron.[8] No hay dudas en epidemiología de que una familia bien avenida es un seguro para la salud.

En España, en números redondos, se vienen produciendo seis rupturas conyugales por cada diez bodas. Se están contabilizando unos 180 000 matrimonios al año (sumando civiles y religiosos), pero casi 100 000 divorcios.[9] En comparación con muchos riesgos en otros ámbitos, este fracaso de las parejas[10] es muchísimo más alto. Y se suele tomar a la ligera entre los jóvenes. La división entre divorcios y matrimonios ¡es 60 por cada 100! Ni siquiera el riesgo de un joven de acabar en el paro llega a tanto.

Pero más de la mitad de las familias o parejas se están rompiendo. Hablamos de 100 000 fracasos sobre 180 000 proyectos. Son 100 000… por lo menos. Si se incluyesen los fracasos matrimoniales reales, pero que no acabaron en divorcio, serían más. Por otra parte, en los 180 000 matrimonios se cuentan las segundas nupcias (divorciados que se vuelven a casar). Pero si se descontasen los segundos matrimonios, el número de hogares que acababan rotos representaría todavía más del 60 % respecto al total de nuevos matrimonios. Lógicamente, no eran simultáneos ambos fenómenos. **Había cerca de 300 rupturas al día en España en 2019. Cada cinco minutos se producía una. Se habían superado los 3,3 millones de hogares rotos desde 1981.** Esto sí que era un riesgo grande. Ahí sigue. Y para los jóvenes que están pensando en vincularse románticamente con alguien, o en casarse, es en este contexto donde se mueve su futuro. Hay que ponderar despacio la siguiente realidad:

> De cuantos son capaces de mantener el amor el tiempo suficiente para casarse, solo el cincuenta por ciento permanece casado. De aquellos que permanecen juntos, posiblemente otro cincuenta por ciento no se siente realizado. Permanecen juntos por lealtad y obligación o por miedo de tener que volver a empezar. «Muy poca gente es capaz de crecer en el amor». Sin embargo, ocurre.[11]

Lo que pretende este libro es *que ocurra*. Lo he escrito para dialogar con los jóvenes y ayudarles a que tomen con buena información sus propias decisiones libres y así sean felices, muy felices. Y la mayor felicidad no está ni en las oposiciones que uno saque, ni en el puesto de trabajo que se logre, ni en los premios y logros profesionales que obtenga, ni en las relaciones sociales que establezca. Está en lo que cada día le va a suceder el resto de su vida a cada uno *de la puerta de su casa hacia dentro*. Si eso falla, lo demás no le va a dar la felicidad.

Desgraciadamente, un matrimonio que debía ser de amor acaba muchísimas veces como espacio de frustración, ofensa y pelea. Con *excesiva* frecuencia. Como pone Cervantes en boca de Sancho Panza, *quien acierta en el casar, ya no le queda en que acertar*.[12]

Este libro proporciona, entre otros, los recursos para que cada joven sepa localizar dónde está *ese algo* que representa lo más importante: asegurarse de ser feliz en el matrimonio y en la familia. Hay que poner cimientos sólidos. Buenos recursos. Esos recursos serían como el cinturón de seguridad del matrimonio. Si se usa el cinturón de seguridad para prevenir los riesgos del tráfico, que son sustancialmente inferiores, ¿cómo no se va a aplicar una especie de «cinturón de seguridad» a las uniones de pareja para prevenir unas desgracias que le están pasando a la mitad de ellas? Esa especie de «cinturón de seguridad» que aquí se explica consiste en aplicar unas medidas preventivas que están basadas en la mejor ciencia y en la mejor medicina, sin conflicto de interés alguno. Ser capaz de prevenir el peligro de ruptura del hogar es más importante que todo lo demás, porque la amenaza es muy superior, y la consecuencia es peor.

El cinturón de seguridad (o las vacunas para prevenir la covid-19) se usan *antes* porque son medidas preventivas. La misma anticipación debe aplicarse a la prevención de las crisis de pareja. Como siempre sucede, la medicina preventiva o llega antes o llega mal. Entre los 15 y los 25 años (o incluso antes) es cuando más medicina preventiva hay que aplicar a este asunto, que será *el más importante de la vida*.

Lo prioritario es asegurar que uno acertará (*quien acierta en el casar*…). No estaba nada fácil *acertar* con el panorama que se había desarrollado desde que empezó el siglo XXI… El riesgo de fracaso en el amor en la pareja y en la propia familia era altísimo. No hay que chuparse el dedo. Por las 300 rupturas al día (95 % son divorcios y 5 % separaciones) se estima que hay unos 267 hijos que cada 24 horas sufren estos portazos, más en sus corazones que en las jambas de las puertas. De ellos, 232 son menores de edad. Casi siempre, les va a quedar una herida de por vida. Por eso, aquí es donde uno *se la juega*.

Es donde hay que poner todos los cuidados posibles. Y anticiparse.

Me asombra ver a mis alumnos universitarios mucho más preocupados por otros temas (el MIR, su aspecto físico, su gimnasio, su alimentación, su ropa, sus fiestas, sus vacaciones, su deporte, el número de seguidores que tienen en sus redes sociales) que por este asunto tan decisivo. ¡No hay ni color! Como siempre, el que se adelanta y llega antes es quien podrá prevenir estos problemas.

Lisa Brenninkmeyer, una conferenciante de éxito en campus universitarios estadounidenses, ha hablado muchas veces de *Saving Your marriage before it starts* (salvar tu matrimonio antes de que empiece).[13]

Es una persona con firmes convicciones religiosas y afirmaba en 2019 en una de estas conferencias que

> la decisión más importante que vas a tomar en tu vida es si vas a seguir o no a Cristo. Pero la siguiente decisión más importante es con quién decidirás casarte. Esa decisión va a impactar tu vida de familia, tu vida de fe, tus finanzas, tu estilo de vida, tu jubilación e incluso tu muerte. Va a condicionarlo todo.

No se puede fallar en esto. Es mucho lo que está en juego. Construir un proyecto firme y sólido de vida juntos es una aventura maravillosa, pero está llena de retos. En Estados Unidos se producen tres rupturas matrimoniales cada dos minutos. En Europa hay casi un millón de divorcios al año, es decir, un divorcio cada treinta segundos. Oí que en algunas tiendas de San Diego se podían alquilar anillos de petición. Sí, has leído bien, eran *de alquiler*. Anillos de compromiso, que servían para pedir matrimonio, pero se devolvían después porque no eran comprados, sino *alquilados*. Ya se asumía que ninguno tendría éxito.

Un conocido humorista español tiene un *sketch* surrealista al que denominó el «bodorcio». Parodiaba, en una misma ceremonia, la boda y el divorcio, sin solución de continuidad. Todo en uno. ¿Cómico?, sí. Pero muy triste. Refleja un gran fracaso social.

Uno se pregunta, ¿por qué hay tantas rupturas? Si el problema estuviera en el matrimonio en sí, la solución estaría en no casarse y ya está. A la vista de tal cantidad de divorcios, ¿por qué la gente no deja de casarse? Quizá porque todo ser humano en principio aspira a los valores que definen esa unión y al gran gozo del que se disfrutará cuando *se acierta en el casar*: te quiero para siempre, en lo bueno y en lo malo; si estás sana o si enfermas; si no hay dificultades económicas o si las hay. Pase lo que pase en esta vida, nos querremos y lo afrontaremos juntos. No puedo vivir sin ti. A toda persona enamorada se le nota en los ojos esa felicidad que rebosa. Esto tiene que durar para siempre. Es difícil, pero se puede. La autosuperación es posible. Que se lo digan al ganador de veinticinco medallas olímpicas, campeón de natación en los juegos paralímpicos, el brasileño Daniel Dias[14] y a muchos otros como él…[15]

Para una cultura que prioriza la gratificación inmediata es más difícil el concepto de amor eterno, al igual que lo es ganar una medalla deportiva o terminar el trabajo de fin de grado o la tesis. Quien, para conseguir cualquier meta, se guíe, o se quiera guiar, por la gratificación inmediata, mejor que no se mueva. Pero hay algo dentro de toda persona que la invita a amar del todo, radicalmente, para siempre.

Afortunadamente, por eso, también cada vez fue habiendo más jóvenes que le dieron mucha *marcha* a sus neuronas y no solo a sus músculos, y tomaron decisiones valientes, contra corriente. Además, se atrevían a hablar sin complejos y a decir la verdad sobre estos temas. ¿A qué verdades me refiero? A casi todo lo que podrá leerse más adelante en este libro. Pero suele silenciarse.[16, 17]

No por casarse se aprende a ser esposos ni por tener hijos se aprende a ser padres. Se necesita trabajar mucho la paciencia, la comprensión, el olvido de sí, y otros aspectos mucho más psicológicos y *espirituales* que *corporales*. Hay muchas personas jóvenes que se dan cuenta de esta realidad y quieren empezar a trabajar mutuamente en este aprendizaje *antes*. Para esto es clave trabajar los valores durante

el noviazgo. Por lo menos, hay que plantearse lo que significa cada decisión, aunque luego uno tome libremente la que desee. Pero es crucial pararse a *pensar*. Pensar implica dar prioridad a trabajar en los cimientos duraderos (y difíciles) de la comunicación y del respeto en todos los aspectos de la vida. Las personas que asumieron este reto más profundo de trabajar lo psicológico y espiritual, que es difícil, y se prepararon bien, son quienes estaban *salvando su matrimonio antes de que empezase*. ¿O acaso todo el que se casa lo va a hacer para divorciarse después? Estos jóvenes que libremente tomaron tales opciones solían caracterizarse por tener miras más elevadas, mayor liderazgo moral, mejor capacidad intelectual, más formación cultural e intereses más solidarios. Por eso mismo, estas personas resultaban más atrayentes. Valían más. Tenían un algo especial. Valoraban la madurez, la inteligencia, la voluntad, la sintonía mutua de ideales y de horizontes vitales y la capacidad de comunicarse y respetarse.

Soy optimista. Contrariamente a lo que podría pensarse, y aunque no sean muchos, cada vez fueron más y más los jóvenes *millennials* y de las otras generaciones del siglo XXI que se movieron contra corriente y optaron por una mayor profundidad (generosidad, sinceridad, inteligencia) en lo más serio de sus relaciones de noviazgo. No quisieron ser clones. Optaron por ser salmones.

Esto incluye necesariamente algunas decisiones costosas, como se irá viendo a lo largo del libro. Hay jóvenes (y no tan jóvenes) que, tras haber cometido graves errores en el tema crucial (su vida de puertas adentro del hogar), han oído y leído alguna de las ideas de este libro y han exclamado: «Ojalá alguien me hubiera dicho esto antes». Me dirijo ahora a quienes no están casados: plantéate en serio, por favor, todo lo que irás leyendo en cada uno de los siguientes capítulos; tu futura mujer (o marido) y tus hijos te lo acabarán agradeciendo. No se puede olvidar la cifra mencionada. Cien mil divorcios anuales contabilizados en España. Uno cada cinco minutos. Por lo menos.

CASO CLÍNICO

Berta y su amiga Macarena

Berta y su amiga Macarena llegaron ese día juntas a la secretaría de la facultad. Empezaban primero de carrera y querían resolver muchas incógnitas. Pero había cola y les dio tiempo a hablar un buen rato. Solo ellas dos, de toda su clase de segundo de bachillerato, habían elegido esa carrera.

Macarena le contó emocionada cómo, al ser la mayor de sus cinco hermanos y tener buen oído musical, había conseguido montar un coro con los

otros cuatro durante el verano. Se lo habían pasado muy bien. Habían ensayado mucho. Iban a empezar a poner ya las canciones de la familia en un canal de YouTube. Estaba muy contenta. No se dio cuenta de la bomba que soltó cuando le dijo a su amiga:

—El mejor regalo que me han hecho mis padres ha sido darme estos cinco hermanos, somos seis hermanos, el pequeño Martín falleció, pero siempre todos lo contamos y nos consideramos seis hermanos. Mis padres son mis héroes.

A Berta la frase le dolió mucho, incluso le dio envidia. Pero calló y se tragó las lágrimas. Ella era hija única y de padres divorciados. Su padre despotricaba siempre de su madre e iba ya por la tercera novia. Su madre, ahora sin pareja, hacía lo propio y destilaba odio hacia su padre, y no paraba de criticar la promiscuidad de su «ex». El trasiego de Berta de una a otra casa, ambas crispadas, se estaba convirtiendo en un infierno. Cada uno de ellos dos le hacía cierto chantaje sentimental. Ya le gustaría ser como Macarena, tan feliz con su coro, sus padres y sus hermanos.

Es un caso. Solo un caso. No se puede considerar la regla general. Pero esto sucede. Si se recurre a los estudios epidemiológicos, sea cual sea la relación que establecen, siempre sucederá que hay personas expuestas a un factor que no presentan el desenlace y personas con ese desenlace que nunca estuvieron expuestas. No se trata de contraponer la familia de hijo único con la de seis. Pero sí que este contraste ayuda a comprender lo saludables que son los hogares fuertes.

Hay términos medios. Y, por supuesto, no es que todos los hijos únicos vayan a ser infelices. Pero si se suma la ruptura del hogar, entonces, a nivel general de toda la población, aumentarán los riesgos: aunque no afecten nunca a todos los hijos expuestos a estas circunstancias, sí que les harán más propensos.

Este libro también aspira a que los miles y miles de personas que sufrieron una experiencia parecida a la de Berta, descrita en el caso clínico, no pierdan la esperanza de que nunca es tarde para dirigir las riendas de la propia vida y tomar decisiones que contribuyan a evitar que sus hijos, si los tienen, pasen por el mismo dolor por el que pasaron ellos. La historia triste de Berta, que es similar a muchos otros millones de historias en todo el mundo, es consecuencia de un fracaso cultural. También esconde fuertes intereses comerciales de algunas multinacionales, como se verá en próximos capítulos. Así describió ese cambio un gran intelectual de Occidente, Josep Ratzinger, en 2019:

> Se puede decir que, en los veinte años entre 1960 y 1980, los estándares vinculantes hasta entonces respecto a la sexualidad colapsaron completamente,

y surgió una nueva normalidad.

Se asumía que tal revolución conduciría a la humanidad, especialmente a las mujeres, a una nueva era de felicidad y armonía. Pero estas esperanzas se vieron truncadas por la cruda realidad. Tal revolución, pasado medio siglo, se había instalado en mentes, corazones y cuerpos. Dejó muchos desiertos de tristeza infinita a su paso. No logró, ni mucho menos, crear una clase femenina risueña, feliz, sosegada y sin problemas. Por eso, ha llegado ya la hora del golpe de timón. Sin complejos. Hay que proclamar otra nueva y gozosísima revolución de auténtico florecimiento humano, que es tarea de los jóvenes: amor en serio, compromiso, respeto, belleza, bien, bondad y verdad. Todo junto.

La penosa revolución sexual global de hace más de cincuenta años surgió desde arriba (gobiernos y grandes multinacionales), al contrario de otras revoluciones, que siempre habían surgido desde abajo (pueblo llano). Está incentivada y alimentada por mucha ansia financiera y también por afanes dictatoriales de ingeniería social. Hoy, sobre todo, es el dinero quien realmente está detrás. Hay que destapar esta farsa. Sigue leyendo y lo verás.

NO TE DEJES SEDUCIR POR LA NUEVA DROGA, COMBÁTELA EN SERIO: LA PORNOGRAFÍA

El hedonismo como droga

El hedonismo es una idolatría absoluta del placer que acaba erigiéndose en dictador y que se busca sin inteligencia ni control ni armonía. El hedonismo está detrás de esa glotonería que está causando cada día estragos muy graves en la salud pública, con unas pandemias de obesidad y diabetes sin precedentes. Cada nueve segundos muere en el mundo alguien por diabetes o hiperglucemia. Hemos pasado de unos cien millones de obesos en 1980 a unos setecientos millones en 2021. La cultura hedonista que trajo consigo la revolución que brotó en París el siglo pasado no solo parece haber afectado al apetito sexual…

Peor aún: las proyecciones para el 2025 son que el 6 % de los varones y el 9 % de las mujeres del mundo tendrán obesidad *mórbida* (índice de masa corporal superior a 40 kg/m2, por ejemplo, pesar más de 116 kg para quien mide 1,70 m). Serían candidatos a operarse con cirugía bariátrica (y no habrá sistema sanitario que pueda aguantar tal carga). La obesidad y otras conductas descontroladas han hecho que se empiecen a revertir ominosamente las grandes ganancias en salud pública de siglos, como, por ejemplo, el retroceso en la esperanza de vida al nacimiento en EE. UU., que empezó a declinar en 2015 y sigue haciéndolo.[1] La obesidad era la principal causa y probablemente será el problema número uno en lo que queda de siglo.[2] No habrá mayor prioridad para la salud pública.

Una inmensa pandemia de obesidad ocurrió en muy poco tiempo en todo el mundo.[3] No fue cuestión de genes, ni de moléculas, sino de *conductas* masivamente adoptadas: excesos en la alimentación, rienda suelta a los apetitos. Por supuesto que no se puede culpabilizar a las víctimas. Hay ciertos casos de obesidad (pocos) que tienen un sustancial componente genético (y por tanto involuntario). Pero la mayoría se deben a que hubo unas poderosas corporaciones industriales de alimentación y bebidas (*Big Food, Big Soda*) que intencional e impunemente diseñaron sus productos para el sobreconsumo y esto creó el llamado ambiente obesogénico.[4] No haber educado a la población desde niños en el autodominio hizo el resto.

La combinación de consumismo, egocentrismo, materialismo, permisivismo, hedonismo y relativismo como grandes fuerzas culturales no podía eximirse de culpa. La sobriedad y la frugalidad brillaban por su ausencia. Estos factores culturales hicieron una gran mella en la salud pública. Actuaban sobre un instinto placentero, el de alimentarnos, que se ha desbocado masivamente.

Las sociedades padecieron un desbarate análogo sobre las pulsiones de la sexualidad. Actuaban estos mismos factores, fuertemente arraigados en la cultura de finales del siglo XX e inicios del siglo XXI. Pero, si se va al fondo del asunto, el problema en la alimentación no es tan grave porque solo se mira con una visión degradante a un *objeto*, el alimento.

Con la sexualidad, en cambio, este abuso es de otro orden peor, porque no se trata de un objeto, sino de un *sujeto*, una persona, a la que se acaba *cosificando*, tratándola como un mero cuerpo del que se puede usar y abusar.

Byung-Chul Han en *La agonía del Eros* (Herder, 2014) recoge de Sócrates la idea que «el otro, que yo deseo y que me fascina, carece de lugar». Afirma que es *atópico*. *Topos* significa «lugar» en griego. *Atópico* significa que «no comparte el lugar común, no es igual al resto de las cosas». Difiere sustancialmente. El amado «se sustrae al lenguaje de lo igual». No hay Eros si el otro es una mera «cosa», como los demás objetos consumibles. No está en ese plano. De ningún modo. Está más allá. Está en la *alteridad*. Pero, lamentablemente, «la sociedad del consumo aspira a eliminar la alteridad atópica a favor de diferencias consumibles» y «todo es aplanado para convertirse en objeto de consumo». Y entonces «el otro como objeto sexual ya no es un "tú". Ya no es posible ninguna relación con él». La conclusión de este filósofo surcoreano de moda sobre el veneno que ha matado al Eros en nuestra civilización es dramática:

> Vivimos en una sociedad que se hace cada vez más narcisista. La libido se invierte sobre todo en la propia subjetividad (…). El sujeto narcisista no puede fijar claramente sus límites (…). El mundo se le presenta solo como proyecciones de sí mismo. No es capaz de conocer al otro en su alteridad y de reconocerlo en esta alteridad. Solo hay significaciones allí donde él se reconoce a sí mismo de algún modo. Deambula por todas partes como una sombra de sí mismo, hasta que se ahoga en sí mismo. La depresión es una enfermedad narcisista.5

Todo esto que podría parecer excesivamente académico está muy presente día a día en el lenguaje de la calle. ¿No es acaso esto lo que inconscientemente está presente al hablar ciertos varones de chicas

que «están buenas» cuando quieren decir que son guapas o cuando algunas mujeres se refieren al cuerpo de un hombre diciendo que «está bueno»? Refleja algo muy visceral que destapa aquello en lo que el sexo parece haberse convertido para esas personas.

El sujeto es más digno que el objeto. La persona humana no es una hamburguesa ni un pastel. No es solo cuerpo. La salud pública luchó denodadamente contra los cigarrillos, que se clasificaron como «dispositivos de liberación rápida de nicotina», contra los refrescos azucarados («dispositivos de liberación rápida de azúcar») o contra esas pizzas cargadas de queso («dispositivos de liberación rápida de grasa saturada»). Lamentablemente, para muchos varones con mentalidad *playboy* las mujeres se convirtieron en «dispositivos de liberación rápida de orgasmos». Y nada más. Así lo confesaba un autor:

> Esta fue mi radicalización: dejé de ver a las mujeres como seres humanos, cosifiqué a todas las mujeres que veía, las convertí en una película porno en mi cabeza en cuanto las vi, imaginé encuentros sexuales con cada una de ellas y me creí con derecho a sus cuerpos, les gustara o no…
>
> El porno es la suma de todas las fantasías de poder tóxicas de los hombres, eso sí, pulidas, falseadas, adaptadas a un guion y en alta definición.[6]

Luego pasó el viceversa y las mujeres empezaron también a convertirse en adictas al porno. No parece que sea lo más digno. Cosificar a la persona. Reducirla a que sirva a otros para provocar orgasmos. Parece como si no existiesen *personas* en la cultura del *enrolle*, solo «dispositivos de liberación rápida de orgasmos». Cachivaches. *Trastos*. Juguetes. Maniquís. No suena muy humano, la verdad.

Esta es la consecuencia de haber idolatrado la prioridad del placer en la sexualidad. Por desgracia, cada vez más mujeres son utilizadas como entretenimiento para «adultos». La invasión de la pornografía en las pantallas se convirtió en un gran problema de salud pública.[7] Las mujeres, mediante su exhibición pornográfica, fueron degradadas a mera anatomía, como dispositivos rápidos de liberación de placer. Y está creciendo el viceversa.

Lejos de todo puritanismo, la bondad del deseo sexual por su propia naturaleza constituye un ingrediente en un programa mucho más amplio de amor desinteresado y total que sabe olvidarse de sí mismo y acaba siendo algo tan extraordinario que llena al ser humano de goce y plenitud y hace que sienta que su vida valga muchísimo la pena ser vivida. El sexo, al margen del amor, en cambio, ha producido una multitud ingente de seres humanos desesperadamente tristes y

ansiosos, clones que flotan a la deriva, como peces muertos, y está empezando a suscitar llamadas de alarma como un problema cada vez más grave de salud pública, con especial impacto en el deterioro de la salud mental y la proliferación del suicidio.

En 2018, Dickeson y colaboradores utilizaron una herramienta validada previamente, el *Compulsive Sexual Behavior Inventory*-13, para estudiar cuántas personas tenían comportamientos sexuales insanos, al volverse sus pulsiones sexuales compulsivas (indomables). Encontraron que el 10,3 % de los hombres y el 7,0 % de las mujeres de una muestra representativa de adultos estadounidenses de 18 a 50 años presentaban criterios de *conducta sexual compulsiva*, en la línea de lo que sucede con las adicciones.[8] Se incluyen en estos problemas la violencia de pareja íntima, los acosos que causaron el movimiento #MeToo, las violaciones y agresiones sexuales en los campus[9], las «manadas», las adicciones a pornografía, *etc.* Su rédito son personas que han sido precisamente víctimas de una trastornada sexualidad errática. Cuando el placer sexual se escinde y se aísla de la atracción magnética propia del amor verdaderamente personal, incondicional, desinteresado y definitivo, la fuerza que sale siempre a su rescate es el egoísmo y la obsesión de buscar solo el propio interés. El ego es el enemigo.[10]

Al ego se le puede hallar en todos los senderos de la vida y en todos los momentos. Está omnipresente. En las relaciones, el amor propio hace a las personas exageradas en la afirmación del propio yo y de los propios derechos, frías, indiferentes, injustas en sus juicios, susceptibles, inflexibles, soberbias, impacientes. Se deleita en hablar de las propias acciones, de las propias experiencias y aciertos mentales. Busca cómo explayarse quejándose de los propios sufrimientos y dificultades, aun sin necesidad de hacerlo.

Nadie te puede ofender si tú no te quieres sentir ofendido. Solo el ego hace que nos sintamos ofendidos cuando parece que somos humillados, ninguneados o postergados, o nos vemos desconsiderados, en vez de ser estimados, obsequiados y agasajados como esperábamos. El ser centrado solo en sí mismo ve ofensas donde nunca las hubo. Esta es la fuente de casi todas las situaciones de estrés, zozobras, inquietudes, dificultades, insomnios, miedos infundados, desilusiones, deseos absurdos, esperanzas y fantasías irrealizables, proyectos trepidantes y desquiciados, distracciones e ineficiencias en el trabajo o estridencias chirriantes en nuestros diálogos.

Todo lo que mantiene a una persona en tensión continua, que no la deja disfrutar de paz y tranquilidad, la priva de la capacidad de gozar en el amor, de la paz interior, y le impide llegar a la unión

perfecta del amor tiene con frecuencia la misma raíz: la tendencia innata a encerrarse en uno mismo y buscar solo los intereses propios, ninguneando a los demás o meramente usándolos. Eso es el ego. Y la pornografía engorda de continuo el ego.

Esta nefasta tendencia se levanta como un muñeco tentempié bajo millones de disfraces diferentes. Puede enmascararse en un envoltorio de elegante matización y admirable equilibrio y, así, parecer exteriormente moderado, discreto, gentil, amable, educado y complaciente. Pero, si se le quitan estas máscaras, se descubrirá al lobo con disfraz de cordero que es realmente sofista, mentiroso, mañoso y maniobrero en el arte de la seducción y de la persuasión para sacar el máximo partido a cada persona y beneficiársela.

Amar, en cambio, es ir desterrando ese ego y sus multiformes manifestaciones, para encontrar el modo de hacer el vacío al propio yo y crear una presión negativa que sinceramente le deje sitio amplio y cómodo a la otra persona. Sin esperar nada a cambio. Con confianza. Generosa y desinteresadamente.

La persona que se engancha al autoerotismo es presa de su enorme yo y lo alimenta, persigue el placer sexual sin atender al bien de nadie más, solo a sí misma. Esto es como una balanza con dos platillos, en uno está el deseo de complacerse solo a uno mismo y en el otro el amor. Si se pone el peso solo en el propio platillo del *mí mismo*, el otro salta por los aires y resultará imposible amar. Engordar el ego es como criar cuervos: «Cría cuervos y te sacarán los ojos». Cada gramo más que se le sume al platillo del yo acabará anulando el foco del amor, a base de mirarse solo a sí mismo, impedirá ver a la otra persona y acabará contribuyendo a causar una ceguera para amar. El ego es el *cuervo* que se comerá tu visión: «El ego te deja ciego».

Sucede algo análogo a lo que le pasaría a una arteria que se obstruye. Tendría que estar circulando la sangre por ella, pero se va cerrando sobre sí misma y ya no puede pasar ni sangre ni oxígeno. Así tendría que estar circulando libremente el amor altruista y desinteresado en una pareja, pero el erotismo autorreferencial es el que se enroca en sí mismo e inhabilita ese cauce para que por él pueda transitar el amor. La persona centrada en su yo pierde la visión del amor porque solo se mira a sí misma.

Sexocéntricos y «obsexos»

Cuando no se sabe poner orden y concierto a las apetencias primarias, esos instintos se erigen en el *fin* y se convierten en el centro de gravedad de la vida social. Predomina el ansia permanente y obsesiva

de placer erótico autorreferencial. En una descripción bastante ácida se escribió, por ejemplo, lo siguiente:

> El sexo es el centro del mundo. (…) uno (…) percibe algo sorprendente: el ombligo de esta tribu ha descendido unos centímetros y ha venido a situarse en los genitales, verdadero centro del mundo. Hay que intentar aprehender el fenómeno en toda su dimensión: la sexualidad se ha convertido en el rasgo mayor de la vida social contemporánea. Hoy vivimos tan saturados de mensajes de ese género que ya casi lo encontramos normal, cotidiano, pero hay que reparar en que esto es la primera vez que pasa. Estamos en una sociedad hipersexualizada, quizá la primera sociedad *sexocéntrica* de la historia. Todos los pueblos, en todos los tiempos, han dispensado a lo sexual o a lo erótico —no, no es lo mismo— una atención principal, como no podía ser de otro modo, pero solo en nuestro tiempo se ha concedido a lo sexual esa importancia decisiva, determinante.
>
> Hay en la radio un anuncio que dice: «Si tu vida sexual está bien, lo demás no importa». Reflexiónese: el hambre en el mundo, el terrorismo, el paro, la inmigración, el deterioro del medio ambiente, nada de eso importa si tu vida sexual está bien. Que la mera afirmación de semejante cosa no despierte carcajadas de sorna ya es un grave indicio. Dicho sea con toda la frialdad posible.[11]

Más recientemente, leí lo siguiente:

> Me meto en Spotify. Lista de éxitos actuales en España. Todo reguetón. En el mundo, más de lo mismo. Un temblor se apodera de mí y recorre con ritmo sísmico la totalidad de mi petrificado cuerpo. ¿Dónde está la música? No, no: el insalubre ruido pornográfico archienemigo del diccionario no. ¡La música! ¿Dónde está la música? ¿Dónde están aquellas suntuosas baladas que hacían temblar a cualquiera, aquellos lisonjeros boleros que, himnos triunfales del amor verdadero, recorrían con aleteo angelical los oídos del oyente? ¿Dónde están, que han degenerado en balbuceos animalescos, onomatopéyicos y rimbombantes?
>
> La esencia de la música como uno de los más laudables cursos del caudaloso regato del arte es expresar lo que hay en el corazón. Y el corazón, que, citando a Pascal, tiene razones que la razón desconoce, no habla el lenguaje —si puede llamársele así— del reguetón, el trap y demás pifias antimusicales que okupan las mullidas poltronas del éxito. El corazón habla de los anhelos más profundos del hombre; el reguetón, de sus más oscuros y bajos apetitos.[12]

El autor de esta defensa de la verdadera música frente a la chabacanería masiva que expresan muchas letras de reguetón no es ningún vejestorio. Tiene veintipocos años. Prefiere ser un salmón y no un clon.

Todas estas consideraciones vienen a cuento porque la salud pública no es salud veterinaria. La sexualidad animal tiene

exclusivamente una dimensión *genital*, es decir, física. El instinto más primario y el placer son sus únicos criterios. En cambio, la sexualidad humana no es solo corporal o genital, sino que implica a toda la *persona*: intelecto, voluntad, afectividad, corporalidad y también el compromiso del presente, pasado y futuro. Cuanta más cabida se dé al animal, menos sitio habrá para la *persona*. La sexualidad humana lleva realmente a la felicidad cuando cuenta con *todos* sus ingredientes (sentimentales, cognitivos, espirituales, socioculturales, procreativos, genitales y trascendentes), que se combinan en un coctel con sus proporciones adecuadas y bien dosificadas y graduadas en el tiempo.

La sociedad sexocéntrica es solo la punta del iceberg de un complejo problema cultural de fondo (narcisismo, individualismo, relativismo moral, hedonismo, nihilismo, permisivismo). El verdadero paraíso se encuentra cuando se implican todos los valores y capacidades y hay armonía y sinergia de voluntades, de ideales, y sobre todo de un proyecto de vida en común entre dos personas que se quieren, guiado por un motivo de amor y que, por tanto, es gozoso, altamente satisfactorio y placentero. Representa una inmensa fuente de alegría e incluye el bien de los hijos, cuando los haya.

Si no hay valores, el sexo mata el amor. ¿Cuáles son esos valores? El desinterés, el altruismo, la generosidad, la fortaleza, el señorío sobre los instintos, el respeto por la dignidad, la libertad y los derechos de los demás, la humildad y la fidelidad. En muchos casos, habría que añadir la necesidad de no traicionar las propias convicciones. Son todos ellos valores que alejan a la persona del egocentrismo.

El sexo está hecho para un amor comprometido, sincero, incondicional, permanente y trascendente y se degrada cuando se usa para otra cosa. El presupuesto de cualquier amor es *el olvido de sí mismo*. Como explica Ryan Holiday,[13] el ego tiende a mentir y distorsionar la realidad. Se acaba en una mirada apagada para todo lo que se refiere a la otra persona y sin embargo otra mirada magnificada, artificial y mentirosa para lo que halaga el propio yo. Se crea una autoimagen falseada. Se convierte en su propio ídolo, que trata de poner a los demás a sus órdenes y usarlos. Tal deriva incapacita para el amor.

Algo tan noble, tan digno y tan altruista como la sexualidad se puede degradar *(prostituir)* al convertirla en una herramienta para *usar* a otra persona (o usarse a sí mismo) para una finalidad vanidosa y bastarda que no trasciende más allá del propio yo. Efectivamente, hay disociación entre sexo y verdadero amor, cuando se posterga el proyecto vital personal y trascendente, y se ejerce quedándose solo

con el erotismo como actividad lúdica, sin abarcar al conjunto de toda la persona y a su capacidad de entregarse del todo y para siempre. Este planteamiento meramente lúdico y egocéntrico es lo que se descubre que estaba detrás de la adicción a la pornografía o de las agresiones sexuales.

La nueva droga
[PEPITA Y SU MONO]

CASO CLÍNICO

Pepita y su mono

La dura historia de Pepita es instructiva. Ocurrió durante mi época de médico interno residente (MIR) de Medicina Preventiva en el hospital Clínico San Cecilio de Granada. Pasé una larga temporada atendiendo clínicamente a pacientes ingresados con sida. Me integré muy a gusto en un excelente equipo dirigido por un gran profesional, el Dr. José Hernández Quero. Entonces el sida era una sentencia de muerte. Procurábamos estar lo más al día que podíamos sobre cada tratamiento que iba apareciendo. Poco a poco, se le iba ganando la batalla a la enfermedad y a la muerte. Estamos hablando de lo que sucedía hace 30 años…

La mayor parte de nuestros pacientes entonces eran adictos a las drogas inyectadas en vena, sobre todo heroína. Los que teníamos ingresados en la planta estaban en muy mal estado de salud y los cuidábamos lo mejor que podíamos para intentar salvarles la vida.

Nunca olvidaré a una paciente a la que cuidé y que aquí voy a llamar «Pepita». Era una mujer joven, que en esos momentos estaba absolutamente caquéctica, desnutrida; con los huesos resaltándole macabramente bajo la piel. Su cara parecía una calavera forrada de cuero semitransparente. Su piel era de un ocre oscuro. Pesaría poco más de cuarenta kilos. Hablaba con mucho descaro. Estaba desinhibida. Se quejaba. Pepita había ejercido varios años la prostitución. Cuando la ingresamos, además de la infección VIH avanzada y con complicaciones graves, presentaba un síndrome de abstinencia de heroína, a la que era adicta. Padecía ansiedad extrema. Agarraba con temblor las sábanas de la cama a pellizcos. Su desasosiego era impactante. Sufría dolores musculares y óseos en todo el cuerpo. Tenía unos deseos incontrolables de consumir heroína.

Enseguida pedí a la enfermera que le inyectase un tranquilizante con potente acción ansiolítica. Era el más fuerte que yo había prescrito en mi vida. Pasaron unos veinte minutos y Pepita pidió que llamasen al médico. Entré en su habitación. La vi exactamente igual de desasosegada, inquieta y ansiosa

que antes. Los ojos se le salían de las órbitas: «Doctor, para mí esto es como agua destilada». Inmediatamente la pasamos a metadona y conseguimos controlar su síndrome de abstinencia y que desapareciese su desasosiego, ansiedad y sufrimiento. Lamentablemente, después de muchas luchas y de todos los tratamientos humanamente posibles, trabajando de día y de noche, no pudimos salvarle la vida a Pepita. Falleció en unas semanas. En aquellos años no teníamos la terapia antirretroviral combinada que luego convertiría el sida en una enfermedad crónica.

Atendimos a otros muchos adictos en esa época que pasé con el equipo del Dr. Hernández Quero. Nos sorprendía la compulsión de estos pacientes, que habían perdido toda su libertad, se quedaron sin esperanza y se les veía impotentes. Siervos sumisos de unas sustancias químicas. Títeres de las drogas. Casi todos habían empezado por fumar porros. Acabaron en la heroína y en el sida. España tuvo el deshonroso récord europeo de muertes por sida a mitad de los años noventa del siglo pasado.

Las adicciones no son ninguna broma. Son muchas las adicciones en que las personas se pueden ver envueltas. Con frecuencia se recurre a ellas como un escape ante una realidad que no gusta o para ponerle una tapadera a un problema personal, de carácter psicológico, familiar, laboral o romántico que no se sabe o no se quiere resolver.

No hace falta ser psicólogo para comprenderlo: cual avestruz, los seres humanos siempre hemos tendido a esconder la cabeza cuando no acabamos de entender qué sucede en nosotros o a nuestro alrededor o si parece que todo se nos pone en contra.

Toda adicción es una trampa, porque enseguida engendra compulsión, esclavitud y dependencia. Las pantallas han hecho estragos. No solo incrementan la miopía,[14] sino que también son adictivas. Por ejemplo, **el uso compulsivo de internet, cada vez más habitual especialmente en jóvenes, se considera hoy una de las adicciones conductuales más comunes, que comparte sus mecanismos con el resto de los trastornos adictivos.**[15] Los videojuegos tienen un gran potencial para enganchar y crear una adicción. Ya en 2018, la OMS incluyó el trastorno por uso de videojuegos en la 11.ª Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11). Pero dentro del capítulo «Pantallas y adicciones», lo más preocupante es la adicción al uso de pornografía en línea.

Las adicciones son capaces de «encadenar» a la persona, a pesar de la sucesión de consecuencias negativas que suelen traer consigo. Se sigue recurriendo a la adicción, aunque esté acarreando serias desventajas en el trabajo, las relaciones con los demás, la pareja, la

vida familiar, incluso, que conduzca a tener problemas con la justicia. El adicto no presta atención a esos problemas o no sabe cómo combatirlos o siente una absoluta impotencia para liberarse de ellos. En todo caso, la sumisión al poder de la adicción impide que la persona pueda evitarlos. Y es una cadena que entra en espiral y cada vez pide más. Al final, como Pepita, se sentirá que lo que antes excitaba es solo *como agua destilada* para el adicto y acabará recurriendo a estímulos más y más fuertes.

La pornografía hace estragos. Destroza vidas. Bien lo resumió Ángel Expósito en su programa *La linterna* en octubre de 2021.16

Actuar como el avestruz para evadir las soluciones a los propios problemas y encerrarse en una dependencia de la pornografía es lo que hacen algunos. La adicción a la pornografía puede ser la *tapadera*. Pero no es cuestión de vendarse los ojos ante la realidad del daño que hacía la pornografía en torno a 2020. Había que abordarla. Algunos datos aportaban luz sobre una realidad lacerante. El 50 % de los niños de once a trece años, el 65 % de los de catorce a quince años y el 78 % de los de dieciséis a diecisiete años se habían expuesto a los contenidos pornográficos. Las edades en las que empezaba el consumo fueron descendiendo cada vez más. Había una gran desconexión entre la realidad y lo ilusas que eran las percepciones crédulas de los padres: el 75 % de los padres se creía que sus hijos no habían visto pornografía nunca, pero de esos niños el 53 % reconoció que de hecho había visto pornografía en internet17. Uno de cada diez menores hacía *sexting* (envíos de mensajes o fotos eróticas por el móvil).18 El 93 % de los hombres y el 62 % de las mujeres19 admitieron haber visto pornografía durante su adolescencia.

Una consecuencia grave es que esta amplia exposición acabó influyendo en el modo como los jóvenes veían y practicaban sexo. Se instalaba en el imaginario colectivo, especialmente en los adolescentes y jóvenes, el peligroso espejismo de que las pantallas mostraban el modelo estándar que todos deberían copiar como patrón de su conducta sexual. Afectó primero a los hombres. Después, las chicas

empezaron a ver pornografía en un porcentaje incuestionable, llevadas por el mismo deseo que los chicos, pero también para aprender cómo comportarse. Se sumergían en la irrealidad, porque en la realidad las relaciones no son como las representa la pornografía. Esta fue la peor educación sexual posible.

El pensador Byung-Chul Han, con su laconismo, sentencia al porno en dos frases:

> El porno es la antípoda del Eros, aniquila la sexualidad misma (…). Lo obsceno en el porno no consiste en un exceso de sexo, sino en que allí no hay sexo.[20]

Pero las búsquedas de material pornográfico ascendían en torno a 2021 a ciento cuarenta millones de visitas diarias. Sí. Al día. Superaban la suma de las poblaciones de Canadá, Australia, Polonia y Holanda juntas. Con estos datos, no era de extrañar que la pornografía en internet tuviese más visitas que la suma de Twitter, Amazon y Netflix.[21] Se puede hablar de una Corporación Industrial de Pornografía Online (CIPO). A partir de ahora la llamaré CIPO. Las ganancias de CIPO crecían de día en día.

Esto quiere decir que entre los contenidos más visitados en la red en torno a 2020 estaban las imágenes y vídeos de mujeres y hombres practicando sexo o enseñando sus cuerpos al natural. Pero es *un natural* que pocas veces tiene que ver con lo *normal*: frecuentemente la representación explícita es altamente exagerada, poco realista, distorsionada e incluso estereotipada. El sexo real no es así.

Los profesionales de la salud mental se asombraron de hasta qué punto fue dañina la adicción a la pornografía masivamente ofrecida en las pantallas. Aumentaron, por ejemplo, las disfunciones sexuales en los varones capturados por la pornografía. Así, acababan desconcertados recurriendo al médico o al psicólogo con la siguiente queja:

> Me he vuelto incapaz de tener relaciones con mi mujer. Me he enganchado a la pornografía. Ahora la veo casi todos los días. Solo me excita lo que veo en la pantalla. Mi matrimonio peligra. Está quemándose sin remedio, cada vez más, día a día. Mi mujer está profundamente decepcionada. No sabe qué me pasa, se cree que ya no siento nada por ella… ¿Qué solución tengo? Mi cuerpo ha dejado de responder con ella, solo responde a las imágenes de las webs pornográficas. Necesito urgentemente ayuda.

Y en esta situación, la mujer todavía no lo sabe… ¿Qué pasará el día en que ella se entere de cómo se encadenaba anónimamente su

marido, a escondidas con la pantalla del teléfono móvil, la tableta o el ordenador? La adicción a la pornografía también fue causa de una gran parte de las rupturas de pareja y divorcios. Detrás de un porcentaje sustancial (más del 50 % en algunos estudios) de los hogares que se rompían, estaba el hecho de que uno de los dos se había enganchado a la porno. Cuanta más pornoadicción en la sociedad, más fracaso conyugal. También porque algunos pretendían imitar en la intimidad conyugal todo lo antes visto en esas pantallas.

Matt Fradd recopila en su libro *Delivered* (Catholic Answers Press, 2014) una colección de relatos autobiográficos de personas que cayeron en las redes de adicción a pornografía y explican cómo se libraron de tal esclavitud. Son relatos impactantes. Narran los esfuerzos para salir de ese pozo profundo. Muchas veces acabaron en fracasos y solo se logró el éxito tras múltiples y denodados intentos. Las parejas lo sufrieron también. Muchas parejas se resquebrajaron dolorosamente en su capacidad de quererse.

No puedo dejar de sentir un profunda y tierna compasión por cada mujer de la que he sabido que vivía ilusionada con su marido, pero llegó un día en que su universo emocional quedó demolido, como si le cayese encima una bomba atómica, al comprobar la adicción de su chico a la pornografía y percibirlo como una dolorosísima infidelidad. De nuevo, las mujeres son las víctimas inocentes y sufren los *efectos de segunda mano* de la revolución sexual global, por los insaciables apetitos comerciales de la CIPO. Es llamativa la sinceridad de cada protagonista que generosamente se «inmola» en público en el libro *Delivered* con tal de ayudar a que otros salgan también de esa cárcel.

Es un error pensar que estos temas son tabúes. Hablar claro al respecto —en todos los ámbitos, públicos y privados— ayudará mucho a prevenir graves problemas de adicción. También contribuye a curarlos. Más vale prevenir… y adelantarse. Es lo propio de mi especialidad: la medicina preventiva. O llegas antes o llegas mal. Este es uno de los motivos por los que un catedrático de salud pública decidió salir de su rincón de confort de la dieta mediterránea y ponerse a sacar tiempo de donde no lo tenía para revisar a fondo las coordenadas de esta pandemia relacionada con las pantallas.

Es también un motivo para promocionar la difusión de este libro que puede facilitar mucho la necesaria formación de docentes y discentes. No he sido el único, ni mucho menos, que ha salido de su ángulo de confort. Por ejemplo, C. S. Lewis, el autor de *Crónicas de Narnia*, académico de Oxford y Cambridge, y una de las mejores cabezas que alojó el planeta en el siglo XX, entró a fondo en estos

terrenos. Habló con claridad. Explicó que el efecto de la pornografía en un joven era capaz de encerrarlo en la triste prisión de sí mismo. Allí tendría un inmenso harén de novias imaginarias. Y este harén se convertía en una fuerza poderosa que acababa operando en contra de su capacidad de adquirir un compromiso y una unión real con una mujer de verdad. Porque el tal harén sería siempre accesible, siempre servicial, no exigiría conquistarla ni adaptarse a ella, ni comprenderla, ni ejercitarse en vencer los propios defectos, ni en reformar el propio carácter ni superar otros retos para hacerse querer. Además, iba a estar dotado de unos atractivos eróticos y psicológicos tan fantasiosos e irreales con los que ninguna mujer real podrá rivalizar. Entre las novias sombrías de su harén virtual, el adicto a pornografía sería siempre un ser adorado, y un amante perfecto. Su adoración a sí mismo crecería una enormidad. No se le exigiría ni sinceridad, ni desinterés, ni altruismo alguno. No se le impondría ningún coto a su vanidad. Se agigantaría su narcisismo. Al final, todas ellas solo se convertirían en un mero medio a través del cual él se adoraría cada vez más a sí mismo. John Gray explica lo siguiente:

> Cuando un hombre está enamorado se siente estimulado a ser lo mejor de que es capaz, a fin de servir a los demás. Cuando su corazón está abierto, se siente tan confiado que es capaz de efectuar grandes cambios. Al brindársele la oportunidad de poner a prueba su potencial, expresa lo mejor de su personalidad. Solo cuando piensa que no puede tener éxito, experimenta una regresión hacia sus viejas costumbres egoístas.

Existen modos efectivos de recuperar a estas personas que se han enredado en la pornografía. Hay que partir de tener compasión con cada uno. Quererlos de veras. Necesitan sanación. Mucha ayuda y apoyo. Echarles el mejor cable posible para que salgan de su hundimiento. Programas como el de **dalelavuelta.org** pueden contribuir a revertir estas situaciones. Dar la mano a quienes quieren salir de esta adicción. No es fácil.

Las adicciones no son ninguna broma. El Dr. Carlos Chiclana, ilustre psiquiatra, no para. Ha ayudado y acompañado a muchos pacientes. Les apoyó profesionalmente en el largo y penoso recorrido para superar la adicción al porno. En su interesante libro, *Atrapados en el sexo*, afirma:

> (…) hay acuerdo en la presencia de tres criterios: compulsividad, mantenimiento de la conducta a pesar de sus consecuencias adversas y obsesión con la actividad. Se podrían añadir una alta frecuencia de uso de internet con fines sexuales, la tolerancia o incluso el síndrome de abstinencia.[22]

Sus viejas costumbres egoístas, escribió John Gray. Lo porno es una de esas *viejas costumbres egoístas*. Pero lo peor es que crea círculos viciosos que hacen que esa tendencia autorreferencial crezca en progresión geométrica. La mejor ciencia médica sabe que las imágenes pornográficas producen un efecto deformante a nivel cerebral. No es solo un efecto *funcional*. También actúan a nivel *orgánico*, de conformación estructural y *física* del cerebro.[23] El adicto a la pornografía experimenta una reducción de su corteza cerebral prefrontal (la zona más relacionada con la capacidad intelectual).

Curiosamente, la exposición repetida a las gratificaciones de la pornografía pone en marcha procesos bioquímicos en el cerebro similares a los de las adicciones al alcohol o a las drogas. El sistema de autorrecompensa del cerebro empieza a fallar, se atrofia debido al consumo excesivo, por lo que el adicto necesita aumentar la dosis. Los lóbulos frontales —responsables del discernimiento— empiezan a encogerse. Hay cambios funcionales y morfológicos en otros lugares del sistema nervioso central. Las investigaciones modernas sobre el cerebro demuestran que cambia realmente por la adicción a pornografía.[24] No deja de sorprender que en 2020 apareciese ya la segunda edición de todo un manual, con más de quinientas páginas y más de una docena de autores, sobre el tratamiento clínico de la adicción sexual.[25]

En torno a 2020, más de cuarenta estudios de neurociencia (usando valoraciones con resonancia magnética y otras técnicas de imagen, electroencefalogramas y biomarcadores hormonales) habían proporcionado ya un fuerte apoyo al modelo de *plasticidad* cerebral en la adicción a la pornografía. Esto *no* era pseudociencia. Era real.

Las evidencias científicas reflejaron hallazgos neurológicos donde la inducción del factor de transcripción DeltaFosB producía cambios morfológicos. Los factores de transcripción son quienes controlan cuáles son las partes del material genético que se activarán y cuáles se

silenciarán. DeltaFosB es un componente clave que activa o silencia los genes y está involucrado en las adicciones. La inducción de DeltaFosB es como activar un interruptor que desencadena una reconformación estructural de diversas áreas cerebrales. Cuando se mantienen los niveles de actividad sexual propios de la exposición repetida a pornografía por internet (en ese binomio casi inseparable pornografía-masturbación) se provoca un aumento repetido del neurotransmisor dopamina en el cerebro. Estos picos de dopamina hacen que el DeltaFosB se acumule gradualmente en áreas cerebrales clave. Como DeltaFosB es un factor de transcripción, al alterar las respuestas de los genes hace que se provoquen cambios físicos medibles en el cerebro. Estos cambios producen primero una sensibilización, es decir, la hiperreactividad del circuito de recompensa del cerebro, pero solo en respuesta a las señales concretas que se asocian con la adicción específica que los ha provocado, en este caso la pornografía.

También se había demostrado a principios del siglo XXI que en los usuarios de pornografía en línea estaba alterada la respuesta al estrés[26]. A la vez, quedó claro que en los usuarios habituales de pornografía se producen unos cambios que se denominan «epigenéticos» y consisten en alteraciones químicas debidas al estilo de vida o al ambiente que son capaces de cambiar la actividad y función del ADN, pero sin alterar su secuencia original.[27] Las características epigenéticas no son genes, pero la ciencia genética aprendió, especialmente después de concluir el proyecto genoma, que no solo los genes influían en la genética de los organismos. Lo que hacen exposiciones medioambientales o de estilo de vida, incluido el recurso habitual y prolongado a la pornografía, mediante los cambios epigenéticos, es *modificar la función* de los genes[28]. Por otra parte, hay evidencias de una mayor concentración en sangre de marcadores inflamatorios en personas que tienen puntuaciones elevadas en las escalas de valoración de la hipersexualidad[29]. Estos cambios en la conformación cerebral y en diversos circuitos del organismo no tienen por qué ser siempre producidos por una pornografía muy explícita. Pueden depender mucho de la situación y experiencias del adicto. El adicto a veces recorrerá este mismo trayecto simplemente viendo en Snapchat, Instagram o Facebook fotos más o menos provocativas, pero que le estimulan más porque son de sus amigas y conocidas. Ellas —ingenuamente— cuelgan esos contenidos para hacerse las interesantes. Incluso se atreven a más con quien tienen confianza. Piensan, por ejemplo, que los contenidos en Snapchat desaparecen enseguida. No se dan cuenta de las consecuencias que esto puede ocasionarles. Por

ejemplo, en Francia, durante el confinamiento, surgió el escándalo porque sus exnovios difundieron por todas partes fotos y vídeos de chicas adolescentes, gracias a antiguas capturas de pantalla de Snapchat.[30]

Volviendo a la neurología, todos los cambios cerebrales iniciados por DeltaFosB, que son fruto de la llamada «plasticidad neuronal», tienden a mantener a la persona esclavizada a un sobreconsumo de dicha pornografía suministrada por internet.[31] Se concluyó que el proceso adictivo a la pornografía por internet se reforzaba y amplificaba debido a la novedad acelerada y a que se trataba de un «estímulo supranormal» (término acuñado por el premio nobel Nikolaas Tinbergen).

La ciencia médica disponible en torno a 2020 consideraba ya que este tipo de estímulos tan artificiales podían anular las respuestas y mecanismos de control genéticamente desarrollados de manera natural. Tales mecanismos de control serían los encargados de retornar el sistema a su funcionamiento normal, pero se quedaban trastornados y dejaban de hacer su trabajo. Esto sucedía porque los sistemas de recompensa natural se habían sobrecargado situándolos a niveles mucho más altos que los que nuestros ancestros típicamente experimentaron. Así, estas vías neurales se hacían más susceptibles de convertirse en circuitos adictivos.

La adicción a la pornografía (*problematic pornography use* o PPU) es una exposición ambiental derivada del estilo de vida y que se inicia por opciones libres de la conducta humana. Está bien publicitada e incentivada por la CIPO, que conoce de sobra el sustancioso interés comercial de su poder adictivo. Si se considera el *porno en línea* desde la perspectiva de la adicción, se verán más claras sus analogías con las adicciones a drogas ilegales, como la heroína. Esta serie de hallazgos de la neurociencia actual apoyan el grave daño que produce la adicción a pornografía, que creció en una sociedad ya lacrada por otras adicciones. Por eso, he comentado el caso de Pepita. Baste recordar lo que explicó la socióloga Gabriele Kubi:

> Si examinamos sobriamente nuestra sociedad, podemos ver que todo tipo de adicciones se están extendiendo como una epidemia: el alcohol, las drogas, comer en exceso, no comer, el juego, Internet, el sexo y la pornografía. La adicción es una pérdida de libertad.
>
> La persona se ve atrapada en un círculo vicioso de búsqueda de gratificación a través de un medio que le proporciona la falsa apariencia de gratificación, solo para arrojarle a una necesidad y dependencia aún mayores.

El núcleo del problema es que la pseudogratificación que se logra

con cada exposición pornográfica no solo no calma la sed y la apetencia que llevó allí al adicto, sino que la *aumenta*. Eso es lo que hace que vender adicciones sea un negociazo. Produce sed, pero proporcionará agua salobre. Un engaño. No solo no saciará esa sed, sino que la aumentará todavía más. Hay un círculo vicioso garantizado. A más búsqueda de gratificación, más pseudogratificaciones se reciben, a más pseudogratificaciones, más sed de gratificaciones, y vuelta a empezar el ciclo.

Ya que los adolescentes no solían recibir una adecuada información personal, de tú a tú, de fuentes fiables, esta exposición tan precoz a la pornografía en pantallas fue realmente la «escuela» donde desafortunadamente aprendieron (realmente confundieron) las lecciones básicas sobre su sexualidad. Perdieron de vista que en la intimidad del amor de pareja las expresiones corporales no tienen que ser el estándar pornográfico, sino que son absolutamente adaptadas a cada persona, íntimas, intransferibles, altamente específicas de la relación tan personal que se ha sabido construir y, muchas veces, ambos han ido aprendiendo juntos.

La cosificación, globalización y estandarización que crea la pornografía lo estropea todo. También el disfrute de una relación total, plena, específica y personal. Esta exposición de un alto porcentaje de los jóvenes que logró el negociazo de la CIPO, como demuestra la ciencia, no solo les deseducó, sino que les cambió sus cerebros, las funciones de sus genes, sus niveles de neurotransmisores, sus mecanismos de regulación de hormonas, estrés e inflamación y les *recableó* sus conexiones neuronales, incluso desde la infancia. No fue asunto baladí.

En este contexto, se entenderá bien que darles a los niños teléfonos móviles *inteligentes* fue la mayor afrenta a la *inteligencia* en el siglo XXI. Cuanto más se retrase ese regalo, mejor. Hay que esperar muchos años antes de darles un teléfono móvil. Hay que resistirse a la presión. No se puede ser *blandengue*. Que todos los de su clase ya lo tengan es un argumento que no se sostiene. Seguir al rebaño que se despeña no es precisamente lo más inteligente. Lo más saludable es ponerse la meta de ser *los últimos* padres de la clase que le comprarán el móvil a su hijo. Los últimos serán los primeros. También hay un principio básico:

- Los padres *tontos* les dan teléfonos *inteligentes* a sus hijos.
- Los padres *inteligentes* les darán, en cambio, teléfonos *tontos*.

El teléfono inteligente (con conexión a internet) en manos de un

niño representó el detonante del fácil acceso a contenidos pornográficos, especialmente a partir de 2010.[32] Este error fue demoledor. Pero resultó muy goloso para que lo monetizara la CIPO. Más adelante se muestran las cifras y datos. La bomba ya había explotado antes de 2020. La irresponsabilidad de los padres *tontos* que regalaron tal teléfono *inteligente* a sus hijos a edades tempranas hizo que millones de niños cayesen desde pequeños en la adicción a la pornografía, de la que difícilmente se liberarán después. No es ninguna broma.

En primer lugar, tendrían que haber sido sus padres quienes les hubiesen explicado desde muy niños todo lo relativo a la sexualidad, adelantándose. Sin retrasos imprudentes. Pedagógica y calmadamente. A solas. A cada uno. El padre a los chicos. La madre a las chicas. Tendrían que haberlo hecho cada vez antes. Mantener estas conversaciones cuando los chicos ya tenían ocho años era llegar tarde.

Además, los niños deberían haber visto siempre una absoluta ejemplaridad en sus padres. Así les admirarían y seguirían sus consejos. Aquí se incluye ver que sus padres no dependían del móvil ni de otras pantallas. Que eran personas con valores y virtudes. Que se alejaban con prontitud, decisión y sin tristeza, de ciertos atractivos insanos que podría ofrecerles el ambiente. Esto, junto con medidas de sentido común como darles el móvil más tarde, tener un aparcamiento de móviles donde se dejan al llegar a casa, que no permita usarlos fuera de hora, ni, desde luego, por las noches, o elegir un móvil «tonto» hubiese prevenido que se enganchasen a la adicción.

En torno a 2020, no existía en España un sistema educativo reglado que contemplase una educación sexual integral basada en valores sólidos. Por tanto, los conceptos sobre relaciones que podrían tener los jóvenes, su imaginario sexual y sus expectativas se veían influenciadas primariamente por la pornografía que veían en pantallas. Que eran fuentes de información que mentían sistemáticamente sobre la verdadera naturaleza del sexo saludable.

Los padres deberían haber sido los primeros que tendrían que haber estado pendientes de ayudar y formar a cada niño o niña. Desde que eran muy pequeños. Formarles bien para que se atreviesen a ir contra corriente. Sin complejos. Salmones.

Para *abducir* al usuario, la exposición a la pornografía en una pantalla reúne tres características fatales. Como la *abducción*, las tres empiezan por «A»:

- Anónima.
- Accesible.

► Adictiva.

Eso hace fracasar a las familias *cándidas*, que se chupan el dedo. Los adolescentes y jóvenes que consumían pornografía tenían mayor probabilidad de sexo esporádico, sexo con amigos u otras prácticas. De igual manera, tenían un mayor deseo sexual, que les costaba encauzar y controlar. Mayor número de relaciones sexuales. Rupturas más frecuentes con sus parejas sexuales. Multiplicidad seriada o concurrente de parejas. Iniciación al sexo más temprana. Todo en comparación con aquellos jóvenes que no consumían pornografía.[33], [34] **El sexo de estos jóvenes enganchados a las pantallas porno estaba marcado por el dominio masculino y la prioridad de buscar el placer más físico, inmediato y egótico y la silenciación del deseo femenino.** También es un sexo caracterizado por enredarse en ficciones ajenas a la realidad, que llevaban a relaciones perjudiciales y frustrantes. Quedaron muchas personas heridas, tanto de primera mano como de segunda mano. Necesitaban sanación. No se puede contemplar a estas víctimas a distancia, fríamente. Despiertan compasión. No son números de una estadística. Cada una de las víctimas de esta desgraciada ingeniería social merece todo el amor y toda la ternura y misericordia. A quien sí hay que culpabilizar es a la CIPO.

Muy dolorosas son las conclusiones del informe de Save the children del año 2021 «(Des)información sexual: pornografía y adolescencia».[35] Fue elaborado para abordar la realidad de la pornografía y sus nefastas consecuencias sin tabúes y para ofrecer propuestas que se ajustasen a las necesidades de la infancia y la adolescencia. Valoró a 1753 adolescentes. Más de la mitad de los que consumían pornografía se inspiraban en esas imágenes para sus propias experiencias. Para el 30 % de estos chicos y chicas, los mencionados vídeos eran su única fuente de información sobre sexualidad. También concluyó que los y las adolescentes que veían pornografía lo hacían por primera vez de media a los doce años. Casi siete de cada diez (el 68 %) la consumían de forma frecuente y con gran potencial adictivo. Este consumo tenía lugar en la intimidad de la pantalla de su teléfono móvil (93,9 %) y se centraba en contenidos gratuitos *online* (98,5 %), basados de manera mayoritaria en la *violencia* y la desigualdad. La causa de tanta violación y de tanta agresión estaba clara. Pero parecía tabú imponer una barrera al consumo.

¿Qué pasaría si dejásemos a los chicos y chicas desde los ocho años que condujesen sin carné por carreteras concurridas? ¿Por qué solo se permite tener carné de conducir desde los dieciocho años y

para acceder a este grave potencial hay barra libre para cualquier edad?

No tiene sentido pensar que *no* se debe hablar de una enfermedad cuando tal enfermedad se volvió epidémica. Imaginemos que se hubiese vuelto tabú hablar del coronavirus en 2020. Estaríamos locos, ¿verdad? Hay que hablar, hablar y hablar. Plantar cara. Ponerse firmes. Parar los pies. Actuar. Ser proactivos. Armar lío. Nunca achicarse. Crecerse ante el ambiente adverso. Si no se es parte de la solución a base de ser proactivo y actuar así, se convierte uno en parte del problema. Padres, maestros, profesores, tutores, amigos… deben perder todo miedo a tratar estos problemas con la lengua bien suelta. En privado y en público. Además, no basta con informar. Se requiere formar. *Training*. *Coaching*.

Informar es conseguir que la gente sepa. Formar personas supone inculcar convicciones profundas, hacer reflexionar, proporcionar recursos concretos de actuación y también motivar y persuadir. En definitiva, la información sirve solo para *conocer*, la formación sirve para *adoptar conductas* permanentes y bien arraigadas. Dar *formación* es mucho más difícil que dar *información*.

Fuimos muchos los que denunciamos un incendio cuando llegó a España la pandemia de la covid-19.[36] El extintor era la vacuna contra la covid-19. Aquí denuncio otro incendio. El extintor es una buena formación en profundidad. Omitir esa honda y necesaria formación representaría una grave negligencia por parte de padres, madres, profesores, tutores, instituciones de enseñanza media, universidades… y, por supuesto, de las agencias de epidemiología, medicina preventiva y salud pública. El incendio necesita ese esfuerzo extenso e intenso de educación y de promoción de cambios de conducta. Pero también necesita medidas estructurales de tipo legislativo y organizativo, con regulaciones, multas, establecimiento de barreras y medidas policiales. Por ejemplo, una medida aparentemente simple, pero eficaz, sería obligar a llevar la extensión *.xxx* a todo contenido pornográfico en internet. Esto facilitaría usar filtros y, además, todo este material sería detectable y trazable mucho más fácilmente.

Las agresiones sexuales, el abuso de menores, el fenómeno #MeToo, una amplia patología psiquiátrica y el continuo incremento de las tasas de suicidios en jóvenes están reclamando que no se tarde más en poner en práctica estas medidas *formativas*, individuales, familiares y estructurales.

Eso sí, para poder dar formación hay que tener un discurso bien construido y para ello se requiere antes mucho estudio previo. Tan imprescindible como era conocer los aspectos básicos de la prevención

de la covid-19 y de sus vacunas en 2020/2022. O conocer los efectos del tabaco en los años ochenta y noventa del siglo pasado. Solo con mucha ciencia médica se pudo librar la batalla de *denormalizar* el tabaco.

La nueva droga se llama *porn*.[37] Su motor se llama CIPO. Es urgente *denormalizarla*. No se puede seguir mirando para otro lado. Las omisiones en salud pública acaban costando muy caras.

He hecho muchas guardias como médico en urgencias. Lo peor cuando un paciente individual llega a urgencias con cualquier síntoma es decirle, al final, con complacencia, que todo está bien, habiéndose dejado sin detectar un cáncer, una infección grave o una hemorragia que le pueden acabar matando a corto plazo. Imaginemos, por un momento, que se convierta en un tabú mencionar tales diagnósticos y se mire para otro lado. Si el médico que le atiende deja bajo el radar esos problemas y cae en la mentalidad facilona e ilusa de darle dos palmaditas en la espalda, y le dice que no pasa nada, habrá cometido una grave negligencia. Habrá enviado a su casa a un paciente que se puede estar desangrando por el camino.

Esto, que es básico en la medicina clínica individual, no se puede pasar por alto en las responsabilidades de *otra medicina*, que es la salud pública. Lo peor es que cuando se trata de salud pública los daños de una negligencia no serán individuales, sino masivos. Pero eso es precisamente lo que estuvo pasando con cada problema de salud poblacional que no se acometió con suficiente valentía y proactividad por considerarse tabú, por temor a tener que coger el toro por los cuernos o por temor a parecer inactual. Son necesarias la vigilancia y el control. Se deberían fomentar y promover también desde las instancias de Salud Pública. Resulta necesario extender más el uso de aplicaciones y filtros que protejan de contenidos explícitos. Dentro de las acciones estructurales de la salud pública, esta barrera general, de carácter más poblacional se ha vuelto una prioridad que no se debería retrasar más. No estoy hablando de prohibir la pornografía, así en general, sino de arbitrar medidas para limitar su accesibilidad. Hay que actuar siempre a los dos niveles: reducir la demanda y reducir la oferta, como con cualquier adicción.[38]

Que yo proponga esto podría parecerle a alguno tan radical como lo fueron las primeras propuestas de espacios libres de humo. Como pasó con el movimiento de los fumadores pasivos. Parecerían radicales o puritanos en su momento. Pero si se nos hubiese hecho caso antes a los epidemiólogos, se habría prevenido gran parte del inmenso daño que hizo el tabaco. Muchos millones de muertes por cáncer de pulmón y otras causas nunca habrían ocurrido.

Del mismo modo, si se actuase ahora sin complejos desde la salud pública, se podría prevenir gran parte del daño que hacen a los jóvenes las pantallas, incluida la prevención de muchos suicidios y muchos cánceres asociados a enfermedades de transmisión sexual. Si medidas como la de marcar con *xxx* estos contenidos y otras similares se hubiesen tomado en torno al año 2000, se habrían evitado muchísimos problemas de salud pública, incluyendo suicidios. Se necesitaría asegurar de verdad la seguridad en internet para los menores y el uso de redes sociales. La BBC, por ejemplo, denunciaba en 2021 una red social que facilitaba que chicas jóvenes vendiesen fotos íntimas suyas a cambio de recibir pagos directos de clientes de tal red. Una cadena de falta de controles levantó un escándalo. Los dueños de esa plataforma contradecían sus propios principios.

En otras ocasiones, he hablado en entrevistas en los medios y en artículos y libros de los poderosos intereses comerciales que han lesionado severamente la salud pública a través de la adicción al tabaco, intensamente promovida por las poderosas corporaciones multinacionales de la *Big Tobacco* (ver *Salud a ciencia cierta*, Planeta, 2018), por abusos incontrolados y engañosos de ciertos fármacos gracias a estrategias comerciales de ciertas corporaciones industriales de *Big Pharma*, o he denunciado las maniobras perversas de algunas enormes y altamente influyentes corporaciones de la *Big Food* y *Big Soda* (*¿Qué comes?*, Planeta, 2020). Esto mismo debe aplicarse a la CIPO. No es ningún cambio de registro. Estamos ante la misma raíz del problema. No hay adicciones de derechas y adicciones de izquierdas. No es un tema de alineaciones políticas o ideológicas. Es la necesaria defensa de la salud pública, que, si no se cuida, acaba dañando tanto a los de una tendencia como a los de otra. Sobre algunas de estas macrocorporaciones y sus juegos de poder e influencias, un grupo de profesores españoles de salud pública escribimos, por ejemplo, lo siguiente:

> En la literatura se han denunciado diversas tácticas de multinacionales (…) para esquivar políticas de salud pública que podrían perjudicarles económicamente, por ejemplo, financiando selectivamente a investigadores que puedan proporcionarles resultados afines o emitan enmiendas a la totalidad sobre los resultados de la epidemiología (…).
>
> Otras estrategias desarrolladas en pro de los beneficios comerciales, y no de la salud pública, han consistido en establecer alianzas con legisladores y profesionales sanitarios para oponerse a regulaciones o impuestos, o adoptar mecanismos de puertas giratorias, por los cuales algunos directivos de empresas […] acaban ocupando altos cargos en agencias reguladoras, o viceversa. La mera autorregulación no parece haber sido efectiva en diversos ámbitos.[39]

Estas frases resumían casi literalmente palabras que pronuncié en una conferencia del Congreso Español de Epidemiología de 2017. Uno de mis colegas españoles, también catedrático de Salud Pública, realizó investigaciones sobre todos estos tejemanejes de ciertos sectores de la *Big Soda*, *Big Food*, *Big Tobacco* y *Big Pharma* para influir a todos los niveles, incluyendo la alta política. Así, las corporaciones lograron anteponer sus intereses económicos, por encima de la salud de la población. Como resumen de su investigación, afirmaban en 2018 que…

> se identificaron influencias inadecuadas en todos los niveles de la administración y la política. Entre ellas se encontraban las acciones para obtener beneficios personales, las presiones para bloquear las políticas sanitarias y las presiones a las altas esferas de la administración a favor de las corporaciones multinacionales privadas. El sector desempeñó un papel importante en estas estrategias a través del soborno, los regalos personales, las puertas giratorias, las campañas negativas y el bloqueo de las políticas desfavorables o el establecimiento de la hoja de ruta para establecer la agenda de investigación y de conocimiento. Los entrevistados reconocieron la existencia de formas sutiles de influencia (eventos sociales, ofertas de apoyo técnico, invitaciones, etc.) que contribuyeron a la captura intelectual y cultural de los funcionarios del sector salud.[40]

Estas entidades privadas con ánimo de lucro desplazan los intereses del bien común y de la salud pública, con todo tipo de influencias y maniobras, para hacerse su hueco y ganar nicho de mercado, aunque sea a codazos, y así colocan en lugar privilegiado sus particulares intereses lucrativos. Ha llegado la hora de denunciar igualmente, desde la defensa de la salud pública, a otro tipo de corporación multinacional con intereses bastardos. No se puede obviar la denuncia, sin complejos, a las multinacionales pornográficas: la antes mencionada CIPO. El porno en línea es un negocio que genera muchos miles de millones de dólares al año.[41] CIPO es una entidad privada que se ha hecho muy poderosa. Es una fábrica de millones de dólares cada día, *non-stop*, y que crece sin parar, gracias a que son muchos quienes se dejan embaucar por ese fraude. Un timo que se ha desbordado más allá de todo lo imaginable. La principal empresa de CIPO es la canadiense MindGeek, gran ente capitalista, que ha puesto en Luxemburgo su domicilio para pagar menos impuestos. Buena parte de sus clientes son niños y jóvenes. Sus números de visitas son astronómicos… y su cuenta de resultados también lo es. La salud pública no puede quedarse cachazudamente inactiva frente a ella, ni puede ser su cómplice.

Fueron muchos millones los chavales que perdieron el ritmo sueño-vigilia a base de pasar noche tras noche enganchados a pantallas pornográficas, donde aparecían también violaciones y todo tipo de agresiones a las mujeres.[42] Pero lo que se ve luego se practica, con el consiguiente terror de la chica.[43] Solo es una parte de las «enseñanzas» recibidas de ese *gran educador* que está siendo la CIPO.

Son imágenes que ningún ser humano debería haber visto nunca. Menos, un niño. Como consecuencia de estos estímulos supranormales no solo se resintió el rendimiento en los estudios. Se recablearon los cerebros. Luego vinieron las *manadas*…

Se han distinguido cuatro fases de quien se engancha a la pornografía: adicción, escalada, desensibilización y paso a la acción.[44] Es pedagógico este esquema y lo comento a continuación, porque ayudará a entender los daños que está creando la abundancia de exposición a pornografía.

1. **Adicción:** los consumidores de porno quedan encadenados a la pantalla. Exponerse les proporciona un estimulante sexual potente. La pornografía les suministra imágenes muy excitantes, que con frecuencia luego recuerdan y elaboran más aún en sus fantasías. Esto les ocupa mentalmente mucho tiempo al día. Les empieza a apartar de sus obligaciones. Las descuidan. Sienten una fuerte necesidad de volver a por más. Reiterativos, como las olas del mar. Una y otra vez recalan en el mismo sitio. No lo pueden controlar. Les resulta casi obsesivo. Cada vez es mayor la urgencia de tener que retornar. Notan que ya no pueden desprenderse por sí mismos de esa dependencia. Atrapados. Abducidos. A pesar de que perciben los riesgos y consecuencias negativas que se les van acumulando. Desatención de obligaciones laborales. Fantasías de iniciar una agresión sexual. Acoso a compañeras de trabajo. Problemas con la ley. Riesgo de divorcio. Destrozo de la propia familia.
2. **Escalada:** en la segunda fase se pasa a un ascenso progresivo en las *dosis*. Con el tiempo, para conseguir esos mismos «subidones» y la excitación sexual que lograban antes, necesitarán material más explícito, brutal y agresivo. Lo que antes bastaba para conseguir el efecto, ahora es, como decía Pepita, «solo agua destilada». Ya no les hace ningún efecto. Esta escalada recuerda mucho a la adicción a las drogas o a la *rata drogata.* Progresivamente, sienten una necesidad creciente de más exposición al estimulante para

conseguir el mismo efecto inicial.

3. **Desensibilización:** en esta tercera fase, el material que originalmente se percibía como escandaloso, que rompía tabús, que se juzgaba repulsivo (aunque seguía siendo sexualmente excitante), se pasa a considerar *aceptable* y *habitual*. La actividad sexual representada en la pornografía —por muy antisocial o violenta que fuese— ahora se justificaba mentalmente y se legitimaba. Se le daba carta de naturaleza y de «normalidad». Cada vez más se tenía la sensación de que «todo el mundo lo hacía». Porque esto daría permiso para hacerlo uno también (gregarismo, clones, fotocopiadora). Aunque sepan que es rotundamente falso que todo el mundo lo haga. A pesar de que la actividad vista en pantallas sea posiblemente ilegal y contraria a lo que siempre habían considerado sus normas personales, al llegar a esta fase, seguirán visitando esas escenas, cada vez más extremas, arrastrados por una fuerza que les resulta indomable.
4. **Paso a la acción:** la cuarta fase consiste en una tendencia creciente a poner en práctica los comportamientos sexuales vistos en pantalla y a los que los consumidores de porno han estado expuestos repetidamente. Aquí se incluye la promiscuidad compulsiva, el exhibicionismo, el sexo en grupo, el voyerismo (observar a escondidas las relaciones sexuales de otras personas, bien mirando por la cerradura o un resquicio, o utilizando medios técnicos como una cámara portátil), la pederastia, el infligirse dolor a sí mismos o a su pareja durante el sexo, desarrollar rasgos de crueldad y psicopatía, incluida la violación. Son comportamientos que pueden convertirse en una adicción sexual incontrolable, a pesar de las consecuencias negativas que lógicamente se derivarán para su vida, su familia, su trabajo y los posibles problemas legales en los que pueden incurrir.[45] El paso de la visualización en internet a la acción es un hecho constatado científicamente. Los estudios epidemiológicos realizados en Europa, ya antes de la pandemia, encontraron que la perpetración de actos de coacción y abuso sexual por parte de los chicos se asoció significativamente con la visualización regular de pornografía en internet.[46]

Los adultos que empiezan a consumir pornografía no suelen ser conscientes de lo rápidamente que este hábito puede llevar a una adicción clínica. Menos conscientes aún son los niños y adolescentes. Muchos reconocen que empezaron tropezándose involuntariamente con ella a través de la pantalla de sus teléfonos móviles o de internet,

pero enseguida se enganchan y acaban atrapados. El adicto acaba haciendo lo que no quería hacer, y no quiere hacer lo que sigue haciendo. Muchos comienzan con el descubrimiento de que aparentemente así pueden escapar de sentimientos desagradables (efecto tapadera). Pero acaba necesitándolo. Aunque se dé cuenta de que para sentirse bien temporalmente tendrá que dañarse a sí mismo. Y se vuelve ciego al daño que puede infligir a los demás.[47]

Diversos estudios[48] pusieron de manifiesto que los jóvenes que veían pornografía tenían más riesgo de presentar conductas sexuales agresivas y una mayor aceptación de la violencia en el noviazgo. La Agencia Europea de Derechos Fundamentales publicó en 2014 el resultado de una encuesta sobre *violencia de pareja íntima* (lo que en España se suele denominar «violencia machista»).[49] Uno de sus resultados era que una de cada diez mujeres europeas había sufrido algún tipo de violencia sexual desde los quince años. Una de las principales conclusiones fue que la violencia contra las mujeres era un problema arraigado y cuya visibilidad era inferior a la realidad.[50] Cada vez más jóvenes. Adolescentes. La ONG Save the Children alertaba en octubre de 2021 de que

> las adolescentes entre los trece y los diecisiete años deben ser identificadas como colectivo específico en los estudios y encuestas sobre violencia de género y es esencial contar con datos específicos para llevar a cabo políticas públicas eficaces.

La raíz distal del problema se debía a la hipersexualización de la cultura. Unas poderosas instancias habían estado imponiéndola desde arriba, por intereses comerciales, políticos e ideológicos. ¿Se estaba aceptando cada vez más, como una norma social permitida, el comportamiento sexual violento? ¿Era la pornografía una *gasolina para las manadas*? Lamentablemente, los padres han dejado de ser los primeros educadores. No lo son. Son las pantallas. La pornografía en línea se ha convertido en el mayor ministro de educación del mundo entero y el primer educador a escala global. Es una megaindustria que aprovecha las debilidades de muchos adolescentes (por edad biológica o por edad mental) y los pone bajo el efecto de unos esteroides. Ese es el cóctel mortal: pantallas + hormonas. Estar todo el día pegados a las pantallas incrementa significativamente las dificultades cognitivas en los jóvenes. Así lo demuestran los estudios epidemiológicos.[51] Dicho mal y pronto: navegar horas y horas sin rumbo los *entontece*. No solo los entontece. A algunos también los *entristece* e incluso a unos pocos los *enloquece*.[52] La abundancia descontrolada de contenidos porno

tiene mucho que ver con todo esto.

El problema es todavía peor, porque este megaministro de educación del mundo entero tiene una naturaleza *depredadora*. No se puede dudar de que está continuamente incentivando la violencia contra la mujer al erotizar los cerebros desde la infancia. Ha normalizado la violencia sexual en millones de cabezas. Algunas están todavía en letargo, pero que se transformen en manadas activas de agresores es solo cuestión de tiempo. **Cuando lo que las pantallas presentan a los chicos se ceba repetidamente con imágenes de deshumanización de la mujer, de tortura y degradación extremas y se les entrena y deseduca para que se exciten con esas imágenes, tarde o temprano, incorporarán esos comportamientos a sus repertorios de conductas sexuales.**

En consecuencia, a quienes se enganchan al porno acaba por no interesarles para nada el «consentimiento». En el porno no hay «consentimiento», porque las mujeres aparecen en esas pantallas con la condición implícita de que se les puede hacer de todo, incluso cuando dicen «no». Hay todo un género que va en esa línea y es el que acaba por ser más demandado cuando los estímulos habituales de menor intensidad no funcionan ya. Todo lo que preveían desde 2010 los movimientos sociales como Collective Shout se ha hecho tristemente realidad. Los impactos nocivos de un mundo hipersexualizado y pornificado, que adoctrina a los chicos en un sentido de propiedad y dominio masculino, narcisismo y patrones de crueldad sexual, está haciendo estragos. **La CIPO les ha adiestrado para que asuman que las mujeres y las niñas existen solo para su gratificación y placer sexual. Los chicos se vuelven tolerantes al acoso y la violencia sexual y se insensibilizan ante la crueldad. La pornografía está incrustando nuevos códigos de conducta en niños y hombres.** Realiza una inhibición de la capacidad de integrar el afecto, el respeto, el propósito mutuo y la sintonía de ideales.[53] En palabras de Blanca Elía,

> no podemos decir que la pornografía sea el único motivo, que el porno esté haciendo violadores en serie, pero no tenemos ninguna duda de que el porno es como la gasolina que incentiva, que crea patrones de conducta, que da ideas.[54]

En informes elaborados por el Ministerio de Sanidad español[55] se afirmaba que durante el confinamiento por covid-19 los consumos de sustancias psicoadictivas y otras adicciones habían *disminuido*, quizá por existir menor disponibilidad de bebidas alcohólicas, tabaco y otras drogas.

Pero se echó en falta en ese informe el análisis de los cambios que ocurrieron en otra adicción importante, el consumo de pornografía; y

quizá, más en concreto, en el tráfico de pornografía infantil. El tiempo de exposición a un uso excesivo de teléfonos inteligentes y otros dispositivos de acceso a internet por parte de niños y adolescentes ascendió durante la pandemia en un 170 % según un macroestudio en el que participaron decenas de miles de familias de España, Reino Unido y Estados Unidos.[56] Se disparó el tiempo de exposición a redes sociales. En concreto, subió en un 76 % el tiempo dedicado por niños y adolescentes a las aplicaciones de redes sociales en 2020 con respecto a 2019. Este es el mayor aumento observado para cualquier categoría de aplicaciones móviles. Al igual que es obvio que a más tiempo conduciendo habrá más riesgo de accidentes de tráfico, lo mismo sucederá con las agresiones sexuales en línea. Esto pareció ser la nueva normalidad para infancia y adolescencia.[57]

El informe de Unicef presentado en 2022 era demoledor.[58] Valoró a 41 509 adolescentes españoles de entre 11 y 18 años entre noviembre de 2020 y marzo de 2021. Habían recibido el regalo del teléfono móvil (el 95 % de las veces con conexión a internet) antes de los once años de media. El 91 % se conectaba todos los días. La mitad pasaban conectados cinco o más horas al día los fines de semana. Casi el 60 % dormían con el móvil (o tablet con conexión a internet) en su habitación a diario. Más del 80 % estaban apuntados a tres o más redes sociales; las más frecuentes eran WhatsApp, YouTube, Instagram y Tik Tok, por este orden. Todas ellas con más del 75 % de registrados. El 42 % reconocía que alguien le había enviado mensajes con contenidos erótico-sexuales. El 5 % de los adolescentes había entrado en la internet oscura donde se puede acceder a compraventa de drogas, todo tipo de pornografía e, incluso, «servicios» de sicariatos. El 35 % había entrado en páginas pornográficas. El 11 % afirmaba haber sido presionado para enviar a alguien fotos o vídeos suyos eróticos/sexuales. El 8 % había enviado estos contenidos. Más del 55 % admitían haber contactado con desconocidos en Internet. Uno de cada diez adolescentes había recibido propuestas sexuales por parte de adultos…

Los depredadores sexuales vieron en la pandemia una oportunidad única. Pensaron que era una situación ideal para acosar, engañar, seducir, abusar, grabar y compartir millones de imágenes y vídeos de contenido pornográfico.[59] El *grooming* es el abuso y acoso sexual en línea por parte de un adulto hacia una persona menor de edad. Hizo su agosto durante la pandemia. Está tipificado en el código penal (art. 183). En el *grooming*, el adulto a veces adoptará una identidad falsa en una red social o un videojuego, se presentará como si fuese un menor, para así ganarse paulatinamente la confianza del

niño o la persona adolescente. Explotará esa relación personal al compartir aficiones comunes o intercambiar experiencias. Poco a poco, fomentará más y más la intimidad hasta lograr fotos o vídeos comprometidos de su víctima. Después, puede pasar al acoso y extorsión, con la amenaza de enviar esas fotos a sus padres o subirlas a la red. Así prepara el chantaje para obtener un encuentro sexual presencial y abusar de su víctima.

Los informes sobre actividad susceptible de revelar explotación sexual de menores en España aumentaron un 507 % en el confinamiento, según informó la Unidad Central Operativa (UCO) de la Guardia Civil. Las más afectadas fueron las niñas.

No se entendió que este clamoroso daño, recogido también de fuentes oficiales, estuviese ausente del informe de Sanidad. ¿No daba la impresión de que se había puesto en marcha una estrategia de presión progresiva, gradual y bien orquestada en todo el mundo para que esta violencia contra la mujer y contra la infancia fuese algo que acabase formando parte natural de nuestro entorno? ¿Estaba en marcha una campaña para *cosificar* masiva y globalmente a la mujer y para explotar sexualmente a los niños? Asustaba mucho pensarlo.

No hay más que darse cuenta del bombo y platillo que se le dio a una novela británica del 2011 que exaltaba la agresión física en la relación sexual. Describía explícitamente numerosas escenas de violencia sádica contra la mujer. La chica le dice que sí a ese tipo de «sexo» con el que se siente incómoda. Es demasiado tímida para decir lo que piensa. También tiene miedo de perder al chico. Ella da su consentimiento cuando él quiere infligirle dolor. Pero eso no impide que le haga daño. Que se lo hace. Han sido muchos millones de dólares los recaudados en taquilla por la película que representó explícitamente tal violencia. Fueron modos de ir *normalizando* esas agresiones. Graduales. Cronometrados. Medidos. Un bien armonizado plan para ir llevando a todos al precipicio como dóciles ovejitas. Mientras tanto CIPO seguía teniendo cada vez mejores balances económicos. ¿A que resultaba muy grave esta tendencia?, ¿verdad? ¿Nos quejábamos de violencia «machista» por las mañanas y la fomentábamos por las tardes?

Vi un trozo de la entrevista que Jordi Évole le hacía en televisión a varias adolescentes españolas muy jóvenes. Muchas reconocían que sus novios las agredían. A ellas, desde luego, no parecía gustarles, como es natural, que nadie se dedicase a agredirles o torturarlas. Es sabido que los jóvenes que ven porno con frecuencia acaban considerando que la violación no es algo tan grave y tienden a recurrir a prácticas sexuales extremas.

Desde la revolución sexual que Gabriele Kubi critica en su libro y sitúa en aquel Mayo francés del 68, nuestros políticos celebraban cada éxito de la liberación sexual, que podría tener un enfoque adecuado en ciertos aspectos, pero que con frecuencia se interpretó mal. Los medios de comunicación y la industria del entretenimiento celebraban solo la versión del sexo efímero y sin compromiso. Las librerías y bibliotecas se llenaban de cómics y novelas eróticas. La publicidad y la moda se hipersexualizaron. Las series y películas querían volverse más comerciales a base de mostrar escenas sórdidas. Las letras de canciones que hacían referencias toscas, chabacanas y zafias al sexo inundaron las listas de reproducción de los adolescentes. Nadie rechistó.

Por tanto, ¿cómo no asumir que esta cultura que se estaba creando no generase día a día niños, adolescentes y jóvenes cada vez más hipersexualizados, con tendencias violentas, adultos pederastas o violadores?[60] ¿Cómo sorprenderse luego de que muchos niños fuesen utilizados en su más tierna infancia para ser explotados sexualmente?

¿Qué decir del turismo sexual y de los atropellos que se cometen cada día abusando de chicas muy jóvenes de países pobres? Es una consecuencia de una hipersexualización, a veces, incluso impuesta desde arriba con ingeniería social. Fueron muchos los turistas sexuales que utilizaron el voluntariado para buscar a menores. La ciberpornografía lo facilitó. Era una forma de esclavitud que estuvo vigente en Camboya, Tailandia, Vietnam o Brasil en el siglo XXI. ECPAT International (siglas en inglés de *Acabar con la Prostitución y la Pornografía Infantil y el Tráfico de Niños con fines Sexuales*) es una organización nacida para defender a estas criaturas abusadas.

Esta crisis no la solucionaban las charlas que se daban en los institutos que se limitaban a lo *mecánico* y repetían hasta la saciedad el simplista mensaje de «sexo seguro». ¿Un mero trámite? Ni mucho menos ciertas lecciones de ideología que llegaban a las aulas. Ni las charlas de concienciación sobre el consentimiento mutuo para relaciones de una noche (el «no es no», «sí es sí, y punto, sin más»). Desde luego que el consentimiento es crucial por ser inherente a la libertad. Pero una visión monocarril del consentimiento mutuo como *única* regla del juego puede no ser muy acertada y podría acabar llevando a que algo tan maravilloso como la libertad se descarrile. Anthony Esolen se cuestiona si reducirlo todo a consentir, sin más, no podría ser solo un engañoso talismán ideológico:

> Se supone que basta con eso. Y hace que todo esté bien. Por supuesto que no hace que todo esté bien, y nadie cree realmente que lo haga. Le pedí a mi interlocutor que diera un paso más allá de su ámbito preferido de aplicación del

> consenso. Los que se batían en duelo consentían. Quienes se someten a la ruleta rusa consienten. Los jugadores de una partida de póquer privada que se juegan en ella ingentes sumas de dinero consienten. Los bígamos consienten. Los usureros y sus clientes consienten. El consentimiento en el mal es, en un sentido, peor que la compulsión. Es una verdadera conspiración.[61]

Estas afirmaciones tienen todo el sentido del mundo. Negarlas atentaría contra cualquier atisbo de inteligencia. Baste pensar en la esposa y en los hijos de quien —consintiendo, por supuesto— arruinó a su familia en una partida de póquer de alto riesgo. Pero las afirmaciones de Esolen pueden sonar muy heterodoxas en ciertos ambientes que ya están atrincherados en el monocarril del pensamiento único. ¿No será que negar lo obvio parece comercialmente muy rentable? Lamentablemente, las consecuencias de esta monetización podrían ser inmensas.

Basta ver el negociazo que está haciendo la CIPO, la abundancia de rupturas matrimoniales, las numerosas chicas inmigrantes esclavizadas en redes de prostitución[62], los casos de agresiones sexuales, los niños abusados, el número de mujeres muertas a manos de sus parejas sentimentales o la cifra de suicidios en jóvenes. Es más que suficiente para darse cuenta del fracaso de estos pequeños parches (charlas convencionales, mencionar solo el consentimiento, sin más, sin ir a la raíz), llenos, eso sí, de buenas intenciones. Pero que se quedan en la superficie. Parecen más una evasiva que un verdadero remedio. A pesar de la buena voluntad de sus promotores, hay que reconocer que no confrontaban los fuertes determinantes distales.

¿Se quería solo dar una impresión de que algo sí se hacía? ¿Se estaba, en el fondo, escurriendo el bulto? Muchas veces parecía existir cierta disonancia cognitiva. Aparentemente, esa educación sexual convencional anunciaba que lo queríamos todo. Sin duda, se deseaba proteger a la mujer de la violencia machista, preservar la salud psíquica, prevenir las enfermedades de transmisión sexual, reducir los suicidios, proteger a los menores, *etc.* Pero a la vez se proclamaba que se deseaba conquistar una cultura ilimitada de hipererotización, donde el sexo se banalizase, sin mayor compromiso, ni hubiese una consideración responsable e inteligente de sus consecuencias. La única premisa era que cada uno lo tuviese cómo, cuándo y con quien quisiera y se olvidase del resto.

Peor aún fue que se excluyese y se maltratase a todo «disidente» que se atrevía a hablar de sexualidad en serio, como algo propio de personas *racionales*, que querían amarse del todo, para siempre y ser felices de verdad, con el esfuerzo y la abnegación que el largo plazo implica.

Fue clamoroso, por ejemplo, el linchamiento mediático al que sometieron algunos, sobre todo en Twitter, a Ana Iris Simón en octubre de 2021. Como un retroceso hacia la Inquisición. Ana Iris, autora del superventas *Feria* (Círculo de Tiza, 2020), en una columna de *El País*, tuvo la valentía de alabar el amor de una pareja amiga suya, Juli y Tamara, juntos desde los catorce años. Hizo una defensa de la voluntad y el esfuerzo. Aclaró que el amor es para quien se lo trabaja.

> Las parejas duran cada vez menos, las relaciones cada vez son más líquidas porque parece como si le exigiéramos cada vez más al amor a la par que somos, paradójicamente, más incapaces de esforzarnos por él cada día.[63]

Ciertos sectores de las redes no fueron muy tolerantes con ella, sino que la insultaron o le lanzaron todo tipo de etiquetas agresivas. No tragaban que alguien, desde la izquierda político-cultural, estuviese dispuesta a defender la *abnegación* (¡palabra proscrita!) para conseguir una felicidad mayor. Furia contra la *Feria*. La furia se pasa leyendo. A estos *haters*, quizá se les pasaría su furor simplemente leyendo a VanderWeele. O estudiando un poco de epidemiología.

No se puede estar abriendo con una mano el grifo que provocará una inundación mientras que se usa la otra para rasgarse las vestiduras por los daños que esa inundación causó. Son destrozos bien conocidos que repercuten en niños, adolescentes y jóvenes. Suceden también al defender a capa y espada los derechos al entretenimiento «de adultos», para regocijo de la CIPO. Quien sostenía que las personas eran capaces de pensar en el largo plazo, con la abnegación —¡sí, abnegación!— que hiciese falta, era mirado con sospecha. Era un «disidente». A pesar de que bastaba abrir los ojos para apreciar las ferias tan maravillosas, hechas vida, consecuencia de saber priorizar lo inteligente y libre, y haber formado familias estables y luminosas, para vivir un amor duradero, fecundo y verdadero.

Desde muchos entornos del poder la distorsión era todavía peor. Habría que preguntarles: oíd, ¿os *patina la mandarina*? Porque parecía que sí les patinaban sus neuronas. Pero resultó que esos hábitos y esa abnegación se habían arrinconado en el desván de los trastos viejos. Imperaba solo un mantra: evitar el sexo desprotegido. Así, millones de víctimas quedaron heridas. Eso sí, el negocio de los tiburones de la CIPO y otras corporaciones hizo su agosto.

Pantallas, tiburones, consumismo y salud pública

Del caldo de cultivo del ansia de gratificaciones instantáneas acaban

brotando generaciones de jóvenes que recuerdan a aquel *hijo de la derrota y del alcohol*, al que le cantaba Sabina en su célebre composición «Qué demasiao». Crecían los consumidores cautivos que no podían dejar de gastar euros a todas horas, clientes dóciles abducidos por las pantallas de sus cachivaches. *Dependientes de ellos*.

Me contaba en 2022 un antiguo alumno, a día de hoy, un brillante pediatra que ejerce en Madrid, que en las consultas de adolescentes de su hospital se estaba volviendo cada vez más raro atender a jóvenes que tuviesen básicamente una patología propiamente *orgánica*. Casi todos los adolescentes que atendía en consulta acudían porque tenían algún problema de salud mental o una *somatización*,[64] fruto de un trastorno subyacente de tipo psiquiátrico o psicosocial (sobre todo en hijos de familias rotas). Como es bien sabido, los efectos psicosomáticos son importantes y frecuentes en medicina. Afortunadamente, también hubo *salmones* que en esos mismos momentos vivían gozosamente los aspectos más personales y motivadores del florecimiento humano que propugnaba VanderWeele. El Informe para el Parlamento Europeo «Impact of screen media on children: A Eurovision for Parliament», de 2010, incluye textualmente la siguiente y demoledora frase:

> El tiempo frente a las pantallas debe considerarse como un importante problema de salud pública. Reducir el tiempo de dedicación a las pantallas debe convertirse en la nueva prioridad para la salud infantil.[65]

Este juicio tan severo no resultará extraño a nadie con hijos adolescentes. Viene apoyado por las investigaciones de Christakis y Zimmerman. Argumentan así:

> ¿Por qué algo que es ampliamente reconocido como tan influyente y potencialmente peligroso ha dado lugar a tan pocas acciones efectivas? Sin duda, hubo falta de voluntad política para enfrentarse a la enormemente poderosa e influyente industria del entretenimiento… Los medios [las pantallas] deben ser reconocidos como un problema prioritario de salud pública.[66]

Esta frase es muy fuerte: «Un problema prioritario de salud pública». Se ve cómo proliferan los negocios lucrativos basados en tener como clientes adictos a quienes se convierten en víctimas ya desde los trece años o antes, y así seguirán siendo consumidores compulsivos toda la vida. Ese es el mantra de los tiburones capitalistas: «Captúralos a los trece años, y ya los tendrás como clientes para toda la vida».

Eso es precisamente lo que han perseguido diversas industrias que han sido muy rentables: tabaco, alcohol, cannabis, apuestas, pornografía, *etc.* ¡Lástima que algunas de esas adicciones les acorten la vida y no puedan seguir consumiendo y comprando mis productos más tiempo! Esto pensarán quienes les explotan. ¡Qué se le va a hacer! El informe del Parlamento Europeo, basándose en estudios epidemiológicos, citó los siguientes daños de la extensa exposición a pantallas en niños, adolescentes y jóvenes:

- ► Alteraciones hormonales (melatonina, insulina).
- ► Acúmulo de grasa corporal y obesidad.
- ► Hipertensión arterial y otros factores de riesgo cardiovascular.
- ► Mortalidad prematura y reducción de la esperanza de vida.
- ► Sedentarismo y pérdida de forma física.
- ► Alteraciones del flujo sanguíneo cerebral.
- ► Alteraciones en el desarrollo de los lóbulos frontales del cerebro.
- ► Conductas antisociales.
- ► Trastornos del sueño.
- ► Déficit de atención.
- ► Bajo rendimiento escolar o académico.
- ► Retardos en la adquisición de vocabulario y desarrollo del lenguaje.
- ► Problemas psicológicos de comunicación y reducción de la interacción familiar.
- ► Déficits de empatía.

Un estudio de la Universidad de Michigan en colaboración con el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Rochester revisó sistemáticamente (en un metaanálisis), los resultados de setenta y dos estudios individuales independientes sobre empatía realizados entre 1979 y 2009 que incluían unos catorce mil estudiantes universitarios. Concluyeron:

> Hemos encontrado el mayor descenso de la empatía a partir del año 2000. Los universitarios de hoy tienen un 40 % menos de empatía que sus homólogos de hace veinte o treinta años, según las pruebas estándar de este rasgo de la personalidad.
>
> Muchos investigadores en estos asuntos consideraron que la actual generación de estudiantes universitarios —*Generation Me* o la «generación del Yo»— es una de las más egocéntricas, narcisistas, competitivas, seguras de sí mismas e individualistas de la historia reciente…

No es de extrañar que este creciente énfasis en lo autorreferencial vaya acompañado de la correspondiente devaluación de los demás. A la vulnerabilidad inherente a este egocentrismo se unieron los apetitos insaciables de lograr más ingresos. Había auténticos *tiburones* detrás. Eran unas cuantas grandes corporaciones capitalistas que movían a su antojo los hilos de la cultura para fomentar el consumismo-hedonismo. Un binomio muy rentable para los tiburones. Fue en ese contexto hedonista-consumista-capitalista donde tomó más fuerza ese tipo de sexo que mataba el amor. **Las pantallas ofrecían mucho sexo accesible, gratuito, exagerado e irreal. Pero estimulaban las fantasías. Prometían gratificaciones, pero no saciaban la sed, la aumentaban. Esto tuvo malas consecuencias para muchas parejas cuando estaban empezando a establecer sus relaciones románticas, todavía sin madurar ni comprometerse.**

Ese creciente consumo de pornografía está limitando seriamente la capacidad de que los jóvenes tengan interacciones sanas y satisfactorias con el sexo opuesto. El porno es como un cortocircuito que proporciona una recompensa por un esfuerzo mínimo. Ya que se tiene el placer del porno tan al alcance de la mano, ¿por qué jugársela a quedar ridiculizado o rechazado por una mujer?, pensará el chico. Este es un problema que no afecta solo a jóvenes de hasta dieciocho años, sino también a gente de hasta treinta años y más. El hedonismo y la autoafirmación están detrás de muchas rupturas que causaron dolor, porque también fueron el contexto de quienes corrían el riesgo de convertirse en «ombliguistas», narcisistas, muy pendientes de tener un espejo en el que mirarse y algo indolentes. Los jóvenes que se enganchan a las pantallas corren el riesgo de acabar así en cuanto se descuidan. No en vano se ha hablado de una generación de *copitos de nieve*, que se derriten y se deshacen ante el menor contratiempo (la llamada *snowflake generation*).[67]

Si siembras melones, recogerás melones. Se siembra el culto al cuerpo. Mucho gimnasio. Mucho espejo. Mucho *culturismo*. Pero poca *cultura*. Gran músculo corporal, pero poquísimo músculo *intelectual*. Culto a la sensación placentera: mirarse de continuo a uno mismo y no a la otra persona. Darse gusto en todo. No pensar mucho. Vuelvo a citar al autor de *La agonía del Eros*:

> El amor se positiva hoy para convertirse en una fórmula de disfrute. De ahí que deba engendrar ante todo sentimientos agradables. No es una acción, ni una narración, ni ningún drama, sino una emoción y una excitación sin consecuencias.[68]

Es el terreno averiado del que podría salir luego el *minion*, que

seguiría siendo un adolescente a los treinta años, o el sibarita hechizado ante la pantalla y con enorme tendencia a volverse gregario y sumisamente dócil a los poderes fácticos, incluyendo corporaciones como la CIPO, ciertos sectores de la *Big Pharma* y otras. Las pantallas fomentan la tendencia a aparentar. *Postureo*. El temor y la duda de si cuentan o no conmigo se pueden volver obsesivos. El afán por comprobar si me ponen *likes* o emoticones llega a hacerse enfermizo. Incentiva. Esclaviza. Porque el ser humano tiende inherentemente a enrocarse en su caparazón en cuanto se descuida. Las redes sociales explotan lo peor de nosotros mismos.

Las pantallas han generado diversas dinámicas en los jóvenes. Hay un pánico terrible a ser excluido del grupo (FOMO, «fear of missing out») o a ser criticado. Sentirse aceptado o rechazado por el grupo se ha convertido en el criterio de oro. La felicidad queda entonces cautiva del grupo. Surge el terror a quedar fuera. Se despersonalizan. Forman clones. Abducidos. Obligados a comprar lo que todos compraban. Vestirse como todos se vestían. Decir lo que todos decían. *Monkey see*… Sentían auténtico terror a salirse del guion que otros escribieron, en el que iban incluidas esclavitudes humillantes.

Desafortunadamente, esto llegó también a los universitarios. Lo dice quien lleva más de cuarenta años rodeado de universitarios. *Se siembran vientos y se recogen tempestades*. Al final vendremos los epidemiólogos para cuantificar la tempestad de daños para la salud física y mental. Afortunadamente, han ido surgiendo los *salmones*, que se rebelaron y decidieron salir de la manada (o piara). Empezaron así a desmontar la farsa.

Alguien podría juzgar *poco caritativo* tildar con estos apelativos (melones, abducidos, clones, *monkeys,* etc.) a quienes se dejaron arrastrar por las pantallas, con su carga porno. No es así, sino todo lo contrario. A veces se puede hacer un retrato al contrafuerte, que podría parecer duro y exagerado, como cualquier caricatura, con aristas bien marcadas, para ayudar a un amigo a que rectifique. Quien lo hace sabe bien que el dibujo tiene algo de grotesco y *exagera la realidad*. Pero le mueve el deseo de ayudar de verdad a su amigo. Que necesitaba algo así. Si no se recurría a esos tintes más fuertes, su amigo no reaccionaría. Porque si reacciona todavía puede haber solución.

Una vez estaba una niña pintando. En el ingenuo dibujo, su padre descubrió una mujer, un árbol, unos niños… De pronto, la niña empezó a pintar a un hombre. Le puso ojos, nariz, orejas, pero tardaba en ponerle la boca. Cuando al final le dibujó la boca, pintó una línea

curva en forma de U invertida. Una mueca muy triste. El padre le preguntó: «¿Quién es ese?». Su hija respondió: «Eres tú». Aquello fue un detonante. Así es como le percibía su hija: triste, malhumorado, disgustado. Aquello fue el revulsivo más poderoso para que aquel padre de familia recapacitara y cambiara su actitud. Nada le ayudó tanto como ese dibujo, aparentemente cruel. Quizá puedan parecer duras algunas afirmaciones que hago en este capítulo, pero mi esperanza es que ayuden a muchos a reaccionar, como aquella niña que, con su dibujo, logró cambiar la actitud y la conducta de su padre.

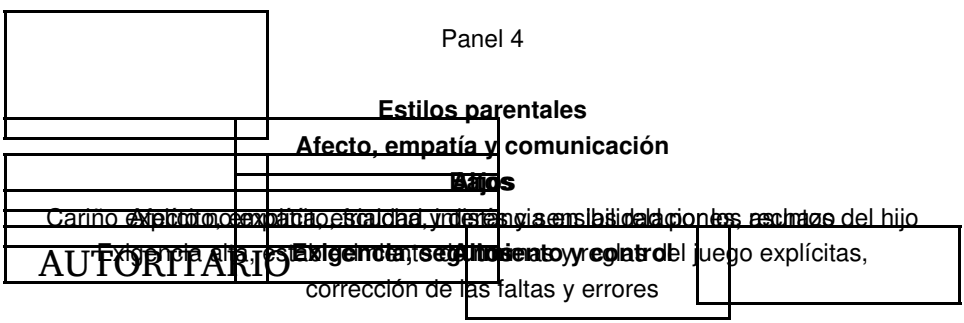
Me dirijo ahora a madres y padres. Si tú supieras que hay un instrumento que de repente va a crear sin parar adictos a porno, víctimas de abusos sexuales, acosadores, depresiones, crisis de ansiedad, chicas anoréxicas y bulímicas, y provocará una epidemia sin precedentes de gente joven que se autolesiona e incluso se suicida, ¿le regalarías ese instrumento a tu hijo, se lo regalarías solo por la simplonería de que todos los demás lo hacen (en plan: *Monkey see, monkey do)*?

Con cariño y con un estilo indulgente y comprensivo, por favor, no renunciéis a vuestra autoridad como madres y padres cuando tengáis que enfrentaros a unos dispositivos que hoy fomentan implacablemente las opciones más autodestructivas de niños, niñas y adolescentes. No basta con establecer normas, hay que ejercer la autoridad, siempre con empatía, pero sin que tiemble el pulso. Se requiere después estar muy atentos para que nunca se relaje el cumplimiento de tales reglas del juego, una vez que se han explicado sus motivos y se han aceptado. Lo peor sería establecerlas, a continuación, ir amortiguando lo establecido por dejadez y por miedo a parecer exigente o *inactual*. Los padres deberían supervisar concienzudamente las conexiones a internet en todos los hogares, y los teléfonos móviles de sus hijos, con el máximo cuidado y atención, siempre desde la confianza.

Hay que ganarse antes el respeto y la autoridad moral para poder ejercer la autoridad con los hijos. Pero hay que ejercer esa autoridad. Por algo sois padres. No tengáis miedo. No os reprimáis. Tu hijo adolescente se lo merece y puede soportarlo. No tienes por qué darle carta blanca y ceder y ceder ante todo lo que se le ocurra pedirte. No temas que se enfade. Eso estaba en el guion: los adolescentes se enfadan (y también se emocionan). Y los padres deben poner límites. Eso sí, siempre precedidos de argumentos sólidos, serenos y bien razonados. Nunca como mera imposición autoritaria.

Serenidad y firmeza no son incompatibles. En inglés, se expresa como «authoritative» a algo que no tiene nada que ver con

autoritarismo dictatorial. Es la autoridad *moral* que se adquiere cuando se es ejemplar y se está comprometido. Esta autoridad moral se ha traducido a veces por autoritativo o autorizativo, pero también por «capacitador». Es muy distinto de ser autoritario («authoritarian», en inglés). Los estilos parentales se han definido a partir de dos dimensiones teóricamente independientes, que son las de exigencia y capacidad de respuesta afectiva. Al combinar estas dos dimensiones se han definido cuatro categorías: 1) estilo capacitador (o de autoridad moral), que combina alta exigencia y alta respuesta afectiva por parte de los padres; 2) estilo negligente, con baja exigencia y bajo afecto; 3) estilo indulgente, baja exigencia y alta respuesta afectiva, y 4) estilo autoritario, alta severidad/imposición y bajo afecto. Ejercer la autoridad moral debe ir unido a un fuerte compromiso de empatía, implicación y cariño. No son incompatibles ser comprensivo y cariñoso y, a la vez, ser capaz de exigir. Se logra lo mejor combinando ambas dimensiones.



AUTORIDAD MORAL (dictador)

NEGLIGENTE	Falta de normas y de disciplina, muchas sesiones, ausencia de retos, escasa exigencia (capacitador)	**Bajos**	

INDULGENTE (caótico)

(permisivo)

Si, a la vez que comprendes, no cedes ante tu hija o tu hijo adolescente, puede que se enfade contigo, pero —aunque no lo reconozca— habrá sentido la presencia de una barrera protectora de seguridad, que le acabará confortando más de lo que parece. A veces, el hecho de saber que esa norma está ahí puede ser suficiente. Es posible que incluso te diga que te odia por eso; incluso puede que se lo crea. Pero muchas veces dice eso porque siente, con la adolescencia, una necesidad de individuación y rebeldía que puede estar satisfecha con solo expresarse así. Quizás solo esté sometiéndote a una especie de test, para medir hasta dónde puede llegar en sus pretensiones y hasta dónde aguanta tu resistencia, sin que se te vea perder los nervios. Se dedicará a ensayar y ejercitar todo el repertorio de flechas de su aljaba sentimental recién estrenada y medir a la distancia que alcanzarán. Es como un juego en el que quiere comprobar hasta dónde llegará el poder de sus nuevas destrezas intelectuales y emocionales. Solo es eso. No hay que tener miedo: máxima empatía, máxima comprensión y cariño, pero también máxima firmeza para establecer unas normas en la familia y no apearse de ellas.[69] Cuando haya que corregirle, que hay que hacerlo, debe empezarse siempre por alabar lo positivo, por lo que sí está haciendo bien. Y al final de la corrección, decirle con cariño, que le hablas así de claro porque confías de verdad en su capacidad de superarse.

¿Qué normas establecer para el móvil con acceso a internet? He mencionado ya algunas en el capítulo 2. Lo más racional sería exigir mayoría de edad para poder usar un móvil así, con conexión a internet. Como para conducir. Son muchos los peligros de las muy transitadas carreteras de la red. Navegarán en aguas muy turbulentas. No bastan los dieciocho años. Deberían también superar otro *examen*: un test para constatar —con hechos— que ya tienen una demostrada madurez y autocontrol. Como sacarse otro «carné».

¿Parezco desfasado *(inactual)* al proponer todo esto? No soy el único, desde luego, que ha defendido establecer el límite de los dieciocho años.[70] Si se aplicase esta norma de modo general, cambiaría radicalmente la epidemiología de los problemas de salud en jóvenes. Mueren más jóvenes por suicidios que por tráfico. Parece más necesaria la exigencia aquí. Todo este daño a la salud y al bienestar de los jóvenes con la promoción de conductas autodestructivas empezó a partir del 2007 con el iPhone de Steve Jobs. Casi todos los nuevos y graves problemas que afectan hoy a los jóvenes de diez a treinta años empezaron entonces.

También fue cuando se dispararon las enfermedades de transmisión sexual en todo el planeta. Otro asunto que no es baladí y sobre el que hay que formarse bien. Lo conocerás a continuación.

ELIMINA EL RIESGO DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL: LA OPCIÓN «RIESGO CERO»

(¿El preservativo elimina el riesgo o solo lo reduce?)

Infecciones con silenciador
[EL SUEÑO DE RUTH]

CUADRO CLÍNICO

El sueño de Ruth

Era algo que no le había atraído tanto hasta pocos meses antes. Pero hay que reconocer que estaba absolutamente encandilada con esa idea cuando Ruth cumplió los treinta años. Era un anhelo largamente acariciado, que iba a más, mes a mes, a medida que contaba lo que le faltaba para llegar a su cambio de década. Condicionaría el resto de su vida y estaba a punto de pasar. Ahora le ilusionaba, pero probablemente era lo último que se le hubiese pasado por la cabeza trece años antes, ¡cómo he cambiado!, pensó.

Su pareja actual era la décima. La primera relación, con la que perdió la virginidad, fue con Raúl. Ahora no tenía ni idea de qué habría sido de ese chico alto del instituto, que le conquistó al primer flechazo, cuando los dos tenían diecisiete años. Después de Raúl, vino Tono, luego Marcos, Jorge, Sebas, el brevísimo José Carlos, luego Miguel, también muy breve, Alberto, otro Jorge, y ahora Fede, con el que ya estaba viviendo en pareja desde hacía año y medio, con visos de que aquello iba en serio. Por fin. Tanto ella como Fede habían terminado brillantemente la tesis el año anterior. Después de la tesis, ambos lograron sendas becas posdoctorales. Tarde o temprano, tendrían que salir al extranjero. Quizá Londres. Pero había que organizarlo bien, para poder estar juntos. Era el momento de poner en práctica su sueño.

En ese sueño Ruth se veía como madre. Sonreía al contarle a Fede lo que su imaginación fantaseaba. No le costó mucho convencerle. Su entusiasmo era contagioso. Así que Ruth dejó sus píldoras y se pusieron a intentarlo. Le gustaría que la primera fuese una hija. Aprendería inglés en su primera infancia en Londres. Sería completamente bilingüe. Luego, si acaso, irían a por el niño, una vez instalados en la capital británica. Pasaron los meses y el deseado embarazo no llegaba.

Pasó un año. Cumplió los treinta y uno. Tampoco. Ni a los treinta y dos.

Visita al médico. Interrogatorio sobre enfermedades previamente

padecidas. Hubo una infección tratada hacía mucho tiempo. Tanto que a ella casi se le había olvidado. Fue la clamidia. Ruth y Sebas, su novio de entonces, tomaron antibióticos durante una semana. Unos meses más tarde, las pruebas para ambos fueron negativas. Y el médico les dijo que estaban curados.

¡Hay que ver lo bien que funcionan los antibióticos…!

Tal vez.

El estilo de vida de Ruth en los temas de sexualidad no parecía haber sido lo más saludable para formar una familia. La clamidia es de las infecciones que más fácilmente se adquiere por vía sexual. Millones de chicas se infectan todos los años (unos cien millones de casos nuevos al año según la OMS).1 Es lo que parecía destrozar el sueño de Ruth a sus treinta y tres años. Alguien debería haberle contado lo que sigue cuando ella tenía quince o dieciséis años, no ahora.

La clamidia es una bacteria muy pequeña que vive dentro de las propias células (es intracelular). Se trasmite por vía sexual (sexo vaginal, oral o anal) y afecta sobre todo a chicas de dieciséis a veinticuatro años. No solo es dañina la propia clamidia, sino que puede ser incluso más perjudicial el daño que se produce por la respuesta de defensa del organismo. Cuando interpreta que le ha invadido una clamidia, reacciona produciendo una inflamación. Diversas células inflamatorias de la estirpe de los glóbulos blancos y varios mensajeros químicos intentan construir una especie de muro para impedir la invasión. Construyen empalizadas y barracones para contener a la clamidia. Hay inflamación, pero no es muy aguda ni muy llamativa. La construcción de estas murallas se hace lentamente. Sin prisa, pero sin pausa. Muchas veces no causan ni dolor ni fiebre ni otro signo externo. Es una inflamación, por lo general, muy silenciosa. Se trabaja despacio y en secreto.

Tras la inflamación, esos tejidos se cicatrizan y parece que el problema se ha resuelto. Lo que le sucedió a Ruth, y así ocurre muchas veces, es que la cicatriz afecta a ese delgado tubo que son las trompas de Falopio. Conductos muy delicados. Su diámetro es de aproximadamente un milímetro, tan estrechas que, aunque la cicatriz no sea muy grande, puede bloquearlas para siempre. Unas trompas bloqueadas pueden provocar embarazos fuera de sitio, que se llaman «ectópicos» (pueden ser graves, e incluso mortales) y, sobre todo, problemas de infertilidad. Las trompas de Falopio son claves para la fertilidad de la mujer.2

Ruth nunca pudo tener su soñado embarazo.

Cada mes, llega un mensaje a las trompas de Falopio que les dice: prepárate, un óvulo está en camino. La trompa se debe mover, recoger el óvulo desde el ovario (para ello contrae los músculos y levanta el óvulo). La trompa tiene unas vellosidades o cilios, como pequeños pelos que tienen que ir transportando el óvulo en una corriente que se produce mediante el fluido que también es generado por la trompa. Esto es necesario para alimentar el óvulo y hacerlo crecer. Todo este delicado mecanismo combinado, que parece mágico, se estropea si la infección produjo una cicatriz que dejó a la trompa sin estas funciones armonizadas y minuciosas. Deben coordinarse delicadísimamente y, una vez que la clamidia llega a las trompas, puede estropearlo todo.

Podría tratarse la infección cuando empieza y entonces se evitarían estos problemas. Pero ¿cuánto tiempo tardan las clamidias en llegar a las trompas? No lo sabemos. Tampoco sabemos bien hasta qué punto las pruebas de detección de clamidias identifican todos los casos en los que la infección está latente, de modo subclínico (es decir, silencioso, sin síntomas). Pueden darse falsos negativos. Es decir, que el resultado sea negativo no garantiza la ausencia de infección. Es posible que, en algunos casos, dar antibióticos impida temporalmente que la bacteria se reproduzca, pero luego podría reactivarse, sobre todo porque la clamidia se esconde dentro de las células. Lo que sí sabemos con seguridad es que un porcentaje alto de las mujeres infectadas por contagio sexual sabrán que tuvieron una clamidia solo de modo sorprendente, cuando descubran que ya no pueden quedarse embarazadas nunca más. Unas trompas de Falopio dilatadas y marcadas por cicatrices y adherencias debidas a clamidias u otra enfermedad de transmisión sexual antigua es una de las causas que hace que muchas mujeres no puedan luego tener nunca un bebé. La enfermedad inflamatoria pélvica también es una infección que con cierta frecuencia representa después una causa de infertilidad. Suele ser de transmisión sexual, pero también puede deberse a diversos procedimientos. Según el principal libro de texto de medicina:

> La infección puede ser primaria (de aparición espontánea y generalmente de

transmisión sexual) o secundaria a procedimientos quirúrgicos intrauterinos invasivos (por ejemplo, dilatación y legrado, interrupción del embarazo, inserción de un dispositivo intrauterino [DIU] o histerosalpingografía). También puede ser debida al parto.3

¿Estaremos a salvo en el pantano de fuego?

—¿Estaremos a salvo en el pantano de fuego?
—No sobreviviremos.
—Tonterías. Solo lo dices porque nadie lo ha logrado nunca.

[…]

—¿Cuáles son los tres horrores del pantano de fuego? Primero, las erupciones de fuego, […] segundo, las arenas resplandecientes, […] se respondió él a sí mismo.
—¿Qué hay de los RAG? —preguntó ella.
—¿Los roedores de aspecto gigantesco? No existen.

En ese momento, un enorme RAG saltó encima de él. Genial diálogo de la película *La princesa prometida*. Para disfrutarla. Siempre triunfa.4 Curiosamente, en los jóvenes, lo que más les suele preocupar a él o a ella cuando tienen relaciones es que la chica se quede embarazada. Pero el embarazo no es el efecto *físico* más probable. Una mujer puede quedarse embarazada *pocos días* (solo seis o siete) de cada mes.5 Sin embargo, *todos los días* del mes puede adquirir una enfermedad de transmisión sexual (ETS). Sí, ¡todos! Las ETS no las producen roedores de aspecto gigantesco (RAG), sino seres minúsculos (virus, bacterias, hongos, protozoos, parásitos, etc.). La extensión de las epidemias de ETS sí que ha adquirido *aspecto gigantesco*. Son EAG: *epidemias de aspecto gigantesco*. No todos los días se puede producir un embarazo, en cambio, sí puede adquirirse una infección por gonorrea, sífilis, herpes, clamidias, tricomonas, candidiasis, hepatitis B, virus del papiloma humano o sida. Por ejemplo. Entre otras muchas. La OMS estima que ***surgen más de un millón de casos nuevos de* ETS cada día en el mundo.**

Sí, *cada día*. Más de cuatrocientos millones al año. Pero muchas estimaciones de las que se pueden encontrar en internet se refieren *solo a cuatro de ellas* (sífilis, gonorrea, clamidias y tricomonas), que son curables. Hay otras cuatro, específicamente el virus de la hepatitis B, el virus del herpes simple, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), causante del sida, y el virus del papiloma humano (VPH), que son *incurables*, aunque existan tratamientos capaces de atenuar o modificar los síntomas o la enfermedad.

Hay que tener en cuenta, por ejemplo, que, en 2016, más de 988

000 mujeres embarazadas contrajeron la sífilis, lo que dio lugar a más de doscientas mil muertes del feto o el recién nacido. También preocupa saber que la infección por el VPH provoca 570 000 casos de cáncer de cuello uterino y más de 310 000 defunciones cada año. A esto hay que sumarle que este mismo virus es también causa demostrada de cáncer de pene, de vagina, de vulva, de ano y de cáncer orofaríngeo (de boca y garganta, por practicar sexo oral). No hay un solo tipo de VPH, hay más de cien tipos y unos veinte de ellos son causa de cáncer.

Extrañamente, se suele *silenciar* lo más importante: el principal factor de riesgo para infectarse con VPH es la precocidad de las relaciones, el número de parejas sexuales y el número de parejas que ha tenido la propia pareja.

La extensión poblacional de las ETS va en paralelo a los comportamientos sexuales con multiplicidad seriada o concurrente de parejas. *Seriada* significa que hubo cambios de pareja, una tras otra, sin coincidir en el tiempo. *Concurrente* significa que se tuvieron varias parejas (más de una) a la vez. La *promiscuidad* se define como tener más de un pareja seriada o concurrente. Es lo opuesto a la *monogamia*.

No es el objetivo de este capítulo meter miedo. Todo lo contrario. El objetivo es darle seguridad a quien ha tenido siempre una sola pareja fiel y mutuamente monógama de que *nada de lo que sigue será su problema*. Así de simple. Pero esto a veces parece haberse convertido en un secreto muy bien guardado. No obstante, hay que conocer el problema en detalle.

La incidencia de ETS sufrió un crecimiento espectacular desde el año 2000, especialmente entre los más jóvenes. Parece que ha ido a la par con la explosión de uso de pornografía que se explicaba en el capítulo anterior. Un problema añadido es que muchas de estas infecciones no dan la cara de ningún modo (son asintómaticas) durante años. La persona que es portadora no se da cuenta de que tiene la infección y, sin embargo, la estará padeciendo, verá consecuencias a largo plazo y, lo que es también muy grave, la estará *transmitiendo a su(s) pareja(s)*. Los portadores sanos son la peor pesadilla, la auténtica *bestia negra* en la epidemiología de las enfermedades infecciosas.

Es lo que pasó con otra infección, que no es de transmisión sexual, el SARS-CoV-2. Muchos jóvenes fueron vectores sanos de una pandemia mortal. Y ellos sin saberlo. Lo supieron sus parientes de edades avanzadas que acabaron en las UCI o en el crematorio. Sus hijos o sus nietos, sin notarse nada, les transmitieron la infección fatal.

Así también, las ETS se expanden, sobre todo, a base de *vectores que al principio no se notan nada*, pero sí transmiten la enfermedad. Por

ejemplo, el 90 % de las mujeres infectadas de gonococia, el 90 % de los varones infectados de tricomonas y el 75 % de las mujeres infectadas de clamidias *no tienen síntomas (de momento)*. No notan nada *ahora*, pero, a la larga, y sin que sepan cómo, estas ETS podrán originarles graves consecuencias para su salud (por ejemplo, infertilidad) y además serán transmisores de la enfermedad a sus parejas sexuales sin advertirlo.

Se sabe, por ejemplo, que en un determinado día de 2018 uno de cada cinco estadounidenses estaba padeciendo una infección (detectada) de transmisión sexual. En 2018 se detectaron veintiséis millones de ETS *nuevas* en ese país, *la mitad de ellas en jóvenes de quince a veinticuatro* años. Estos eran los últimos datos disponibles en agosto de 2021 en la página web de los CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*, www.cdc.gov/std), la institución más autorizada en EE. UU. para este tema, y quizá la institución científicamente más seria del mundo al respecto.

Este análisis de 2018 incluyó solo las ETS que se identificaron (no se podían contar las que estaban ocultas, lógicamente) y además solo consideró las ocho ETS más frecuentes: clamidia, gonococia, virus de la hepatitis B (VHB), virus del herpes simple tipo 2 (VHS-2), VIH, VPH, sífilis y tricomonas.

Hay muchas otras ETS además de estas ocho principales. Las ETS se sitúan entre las enfermedades infecciosas más comunes, con cincuenta síndromes producidos por unos treinta agentes infecciosos distintos. Incluyen las clásicas enfermedades «venéreas», y también otras que se transmiten por vía sexual, aunque no siempre sea este su principal mecanismo de transmisión. Aunque no se consideraba una ETS, los brotes de viruela del mono (*monkeypox*) que comenzaron en mayo de 2022 (precisamente en España)[6] y luego causaron una emergencia sanitaria internacional con muchos miles de casos, se transmitieron casi exclusivamente entre hombres que tenían sexo con hombres. Los contagios se dieron especialmente si había múltiples contactos sexuales o se había practicado el *chemsex* o sexdopaje, que consiste en practicar actividades sexuales de alto riesgo bajo la influencia de drogas.[7] Además del *monkeypox*, la tecnología reciente ha esclarecido el papel de la transmisión sexual para virus que antes tampoco se pensaba que fuesen ETS, como el del ébola y del zika, y han aportado pruebas de la transmisión sexual de la meningitis del grupo C y de bacterias asociadas a la vaginosis.[8]

Se habla de infecciones transmitidas sexualmente para incluir el estadio asintomático (parece que no están enfermos), en el que los infectados (aparentemente sanos) también transmiten la enfermedad y

se requiere hacerles diagnóstico y tratamiento. Muchas ETS no son de declaración obligatoria. Clamidias, tricomonas, herpes genital y VPH representaron el 98 % de todas las ETS *declaradas* (sumando antiguas y nuevas) y el 93 % de las nuevas ETS de 2018 en EE. UU.

Dadas las graves consecuencias para la salud de las ETS no tratadas, y que muchas infecciones no se detectan ni se notifican, estas estimaciones son cruciales para comprender mejor el vasto alcance de la epidemia de ETS y quiénes son los más afectados. En España no se ha recogido sistemáticamente la incidencia de infecciones por clamidia hasta recientemente (y solo de modo parcial). Pero con los datos que se tenían en 2021, ya no había dudas de que también estaban creciendo. En la figura 2 se presentan las tasas de infecciones nuevas por clamidias (por cada cien mil habitantes) en EE.UU., donde sí hay estadísticas exhaustivas y desde hace años.

Tasa de Infecciones por clamidia en EE. UU. (casos por cada 100 000 habitantes y año)

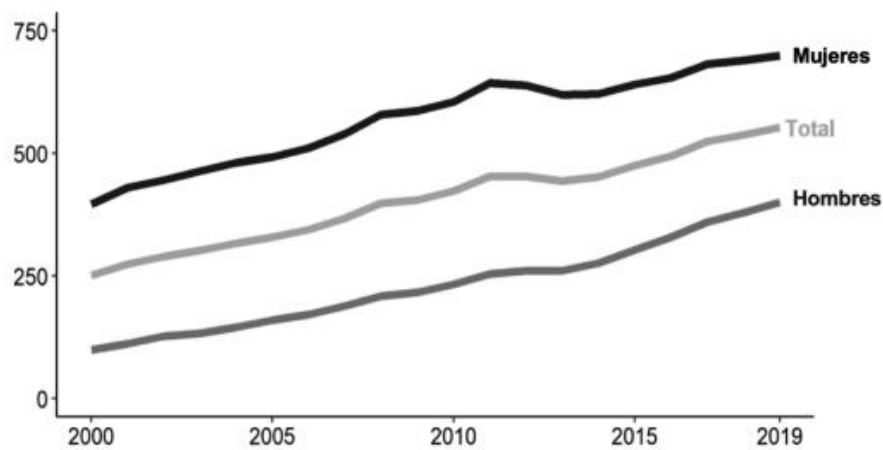


Figura 2. Tasas de infecciones nuevas (por cada cien mil personas) notificadas en el periodo 2000 a 2019 *solo por clamidias* en los EE. UU.
Fuente: elaboración propia a partir de los datos del CDC (Atlanta).
Propiedad intelectual: Miguel Á. Martínez-González.

En Estados Unidos se contabilizaron más de 1,8 millones de nuevas infecciones por clamidias en el año 2019, en torno a un 3 % más que en 2018. Un incremento similar puede estimarse para España. Los CDC de Atlanta estimaban en 2021 que, a la edad de treinta y cinco años, al menos el 50 % de los estadounidenses genitalmente activos habrá adquirido alguna ETS. Por definición, la transmisión de

estas infecciones ocurre por el sexo, aunque algunas tienen también otros mecanismos de transmisión.

Ingenuamente, muchos jóvenes se creen «invulnerables». Aunque saben que las ETS existen, creen erróneamente y sin fundamento que ellos nunca se contagiarán. Pero quienes piensan así suelen ser luego los más afectados por estas infecciones con graves consecuencias para su salud e incluso para su vida. Son fruto de la misma trampa que puede convertirse en un error *mortal*.

En septiembre de 2017, los CDC de Atlanta lanzaron una voz de alarma al constatar que se declararon en 2016 más de dos millones de casos en EE. UU. de clamidia, gonorrea y sífilis, el número más alto jamás registrado en toda la historia. Pero después siguieron creciendo… Son epidemias de aspecto gigantesco (EAG). Y, a pesar de los excelentes sistemas de registro epidemiológico con que cuenta el CDC (por eso me refiero a EE.UU.), solo se contabilizan las infecciones que se detectan, como es natural. Y tampoco se consideran las que no están en la lista de declaración obligatoria.

Número de infecciones de transmisión sexual (ETS) de sífilis detectadas en EE.UU.
(número absoluto de notificaciones)

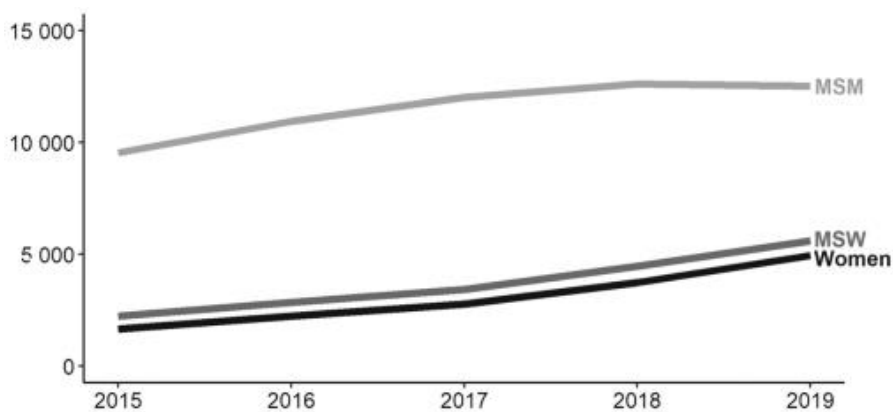


Figura 3. Número de nuevas infecciones declaradas de sífilis en EE. UU., en hombres que tienen sexo con hombres (MSM), hombres que tienen sexo con mujeres (MSW) y en mujeres (women).
Fuente: adaptado del CDC Atlanta. Propiedad intelectual: Miguel Á. Martínez-González.

Gonococia declarada en España
Tasas por 100 000

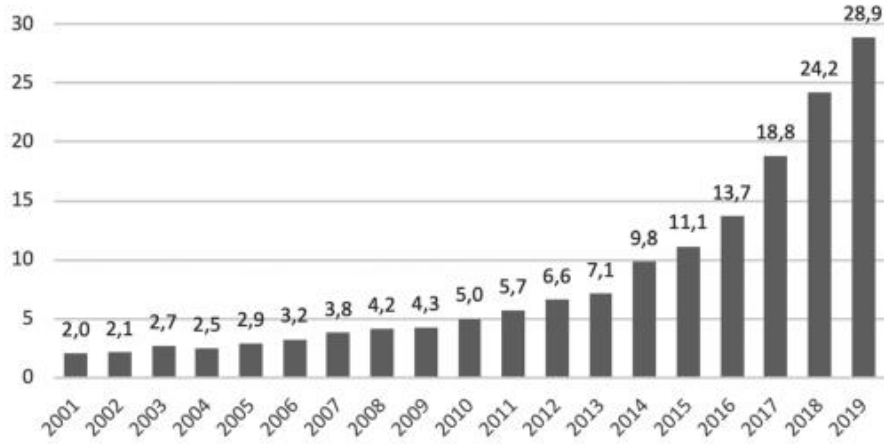


Figura 4. Tasa de nuevas infecciones declaradas de gonococia en España 2001-2019.
Fuente: elaboración propia a partir de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.
Propiedad intelectual: Miguel Á. Martínez-González.

Figura 5. Tasa de nuevas infecciones declaradas de sífilis en España 2001-2019.
Fuente: elaboración propia a partir de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.
Propiedad intelectual: Miguel Á. Martínez-González.

Otras infecciones, que son virales como el herpes, el virus del papiloma (VPH), el sida o la hepatitis, tuvieron su gran emergencia en los finales del siglo xx e inicios del siglo xxi. Eran más permanentes, menos curables y más proclives a tener consecuencias más graves, como, por ejemplo, causar un cáncer.

Panel 5

ETS virales (de 3.ª generación) y sus consecuencias

- No hay tratamientos eficaces disponibles para curarlas.
- Casi siempre pasan inadvertidas y solo a largo plazo es cuando producen un grave daño a la salud.
- Pueden ser causa demostrada y principal de cáncer maligno.

Una vez pasado el miedo al sida, reemergieron también algunas ETS antiguas. Es llamativo lo sucedido con la gonococia y la sífilis en España [figuras 4 y 5] que, después de años de ir a la baja, dieron la ingrata sorpresa de volver a crecer a partir del año 2000. Muy preocupante fue que muchos de los infectados por herpes no sabían que lo estaban.

En las primeras décadas del siglo XXI se observaron en España índices epidémicos de 1,81 y de 1,44 para sífilis y gonococia. Un índice epidémico de 1,81 corresponde a un crecimiento relativo del 81 % sobre la tendencia esperada, según las cifras de los cinco años previos.

Las ETS son especialmente frecuentes en las mujeres que ejercen el sexo comercial —por el frecuente cambio de pareja— y en los hombres que tienen sexo con hombres. Ambos grupos se incluyen en los denominados «núcleos transmisores» (*core transmitters* o *super-spreaders*) porque mantienen con más frecuencia una red de contactos sexuales con un número elevado de parejas. El tipo de relación explica la génesis de algunas ETS y la mayor frecuencia de infecciones que se causan por cierto tipo de relaciones, así como la participación en algunas de las ETS de diversos microorganismos de transmisión fecal. Un porcentaje importante del peso de las heces corresponde a bacterias. Por otra parte, como explica Miriam Grossman en su interesante libro *Unprotected*, la vagina está mejor protegida que el recto frente al contagio de una infección, particularmente del sida, producido por el VIH:

> Una de las funciones del revestimiento vaginal es la protección contra las infecciones. El pH es bajo, lo que inactiva el VIH. Su mucosa tiene proteínas contra el VIH. Su revestimiento tiene entre veinte y cuarenta y cinco células de grosor, lo que aumenta la distancia que debe recorrer el virus. Bajo el revestimiento vaginal hay una capa en la que se encuentran las células diana de

la infección; esta zona es rica en fibras elásticas. A continuación, hay una capa de músculo y luego más fibras elásticas. Esta arquitectura permite un estiramiento significativo de la vagina sin desgarros ni abrasiones. Diversas investigaciones indican que el VIH no puede alcanzar las células diana en la vagina humana en circunstancias normales.

El recto tiene una estructura diferente. Como parte del sistema gastrointestinal, tiene un revestimiento cuya función principal es la absorción, para poder aportar a la sangre moléculas de alimentos y agua. El pH es más elevado. Lo más importante es que el revestimiento del recto —la barrera que hay que atravesar— solo tiene una célula de grosor. Por debajo de ese delicado revestimiento hay vasos sanguíneos y células diana. Las fibras elásticas están ausentes.

Al principio de la epidemia, se asumió que la fragilidad de la barrera rectal explicaba la transmisión más común entre hombres. Pero más tarde, en la década de 1980, se descubrió que no eran necesarias las abrasiones o desgarros para que se transmitiese la infección, ya que las células especializadas de esa superficie rectal capturan al virus y lo transportan a las células diana de la infección.[9]

Cuando se habla de «células diana» para el virus del sida (VIH), se piensa en un tipo de células blancas de la sangre, pertenecientes al grupo de los linfocitos y a las llamadas «células de Langerhans», que van a estar más próximas a los virus en el recto (solo separadas por una delgadísima capa) que en la vagina y en ciertas células que expresan unos receptores específicos (se llaman CCR5) para el virus del sida que les hacen susceptibles a ser infectados por él.[10] Todo esto explica que las relaciones anales (tanto en hombres como en mujeres) tengan ese riesgo más alto de contagio que las vaginales.[11]

Por tanto, como médico epidemiólogo, me parece adecuada esta explicación de Miriam Grossman. De hecho, cuando no se tenía ni idea de por qué se estaba produciendo el sida se hizo un primer estudio nacional en EE. UU. con el diseño epidemiológico denominado de casos y controles. Todos, tanto los casos (pacientes con sida) como los controles (sanos), eran hombres que tenían sexo con hombres y se identificó el alto número de parejas masculinas en los casos como el principal factor de riesgo.[12] Pero disiento de Miriam Grossman en un pequeño matiz. También se transmite el VIH (virus del sida) por coito vaginal (considerablemente menos, pero se transmite) y no solo por coito anal.[13] Se puede transmitir por sexo vaginal especialmente si la chica es más joven (por la ectopia cervical o zona de transición), si toma contraceptivos, si su pareja está en los estadios iniciales de la infección o si la carga viral de su pareja es más alta… Lo doloroso es que precisamente la persona a la que se contagia recibe un daño de quien tendría que haberle amado más. Tal paradoja es una realidad que se está dando involuntariamente cada vez más.

En España surgieron los primeros casos de sida en 1982. Desde entonces se han acumulado más de sesenta mil muertes por esta causa. Actualmente, hay unas ciento cuarenta y cinco mil personas infectadas en nuestro país. Pero se estima que el 20 % de ellos no sabe que está infectado. Sigue siendo preocupante que haya tantos diagnósticos que ocurren solo cuando la enfermedad está ya muy avanzada y, por eso, se podrá ayudar menos al paciente y a su(s) pareja(s) sexual(es) previamente expuesta(s).

Inicialmente, hasta mitad de los 90, los más afectados por sida en España fueron usuarios de drogas inyectables y la mortalidad por sida en España llegó a ser la mayor de Europa.

Pero, especialmente desde el año 2000, los hombres que tienen sexo con otros hombres representan más del 80 % de los nuevos diagnósticos.

En los años 80, un grupo de médicos, especialistas en medicina interna (como el Dr. Hernández-Quero, con el que trabajé y del que hablo en el capítulo 4), y de jóvenes y motivadas enfermeras se dedicaron a atender a las personas infectadas por el VIH. Antes de la introducción de los fármacos combinados tan potentes que existen ahora, el diagnóstico y el tratamiento de otras infecciones sobrevenidas («oportunistas») fue su principal tarea. Tras la introducción de la terapia combinada triple a finales de los años noventa los efectos secundarios de los fármacos y la resistencia a los antirretrovirales hicieron que se creara un núcleo de especialistas en sida/VIH con gran dedicación en todo el país. Desde entonces, este tipo de medicina superespecializada en sida/VIH ha mejorado mucho en España. Las personas infectadas (seropositivas) suelen ser atendidas cada seis meses. Hay unas 75 000 personas que reciben el potente tratamiento antiviral combinado, casi todas atendidas desde el sistema nacional de salud de titularidad pública, financiado con impuestos. La investigación clínica y epidemiológica sobre sida/VIH en España ha sido de las más destacadas y prestigiosas internacionalmente.[14]

En décadas pasadas, el asombro ante el preocupante aumento de las infecciones por el virus del sida llevó a pensar que la única medida para combatir este gravísimo problema de salud pública era regalar y hacer más fácil el acceso a los condones. Sin embargo, esto acabó promoviendo una cultura donde indirectamente, sin pretenderlo, se promovió la promiscuidad, pues los condones incitaron a la población a sentirse seguros y tener más relaciones sexuales y más precoces. Sin embargo, había otra medida incluso más sencilla y que podía ser más efectiva, pero que muchos descartaron, casi sin pensarla dos veces, por

considerarla no realista: promover el retraso del debut sexual en jóvenes y fomentar que las relaciones sexuales se tuviesen solamente entre parejas estables. Se invocaba el uso del condón como panacea universal de la prevención. Pero se sabía que no servía más que para *reducir* el riesgo. No lo *eliminaba*. Peor todavía fue aplicar la estrategia inicial de lucha contra el sida a otros virus. Con preservativo, otros virus se pueden transmitir a partir de las zonas no cubiertas más fácilmente que el sida, por ejemplo, el virus del papiloma o el del herpes.

Parecía el secreto mejor guardado. Cuando se hablaba de los riesgos de ETS se ocultaba casi sistemáticamente que la *multiplicidad concurrente o seriada de parejas constituía el principal factor de riesgo*. Se decía incluso que era *cosa de todos*. Pero era específicamente esta conducta —y no otra— la que, según los estudios epidemiológicos solventes, explicaba mejor estas epidemias. Desde luego, mucho mejor que el hecho de prescindir del condón. Por eso, el condón no era la solución. Técnicamente, no lo era. Y mucho menos era la «única» solución. Nada en salud pública se resuelve con una sola y única medida o solución «mágica». Las soluciones efectivas siempre suelen ser *multifactoriales*. Habría que haber lanzado a todas horas el mensaje positivo y tranquilizador de que para quien ha tenido siempre solo una pareja monógama y mutuamente fiel no infectada, las ETS *no son ningún problema*. Es preciso insistir, sobre todo, en lo de «mutuamente». Ese estilo de vida *evita* el riesgo al 100 %. Pero pareció centrarse todo solo en el preservativo, especialmente en los mensajes difundidos desde diversas burocracias internacionales e instancias oficiales (bien financiadas). Hay que alabar en cambio que, desde que comenzó la epidemia de sida, la fuente más solvente, los CDC sí que declararon lo obvio:

> Las únicas estrategias de prevención totalmente efectivas son la abstinencia y la relación sexual con una pareja mutuamente fiel y no infectada. El uso adecuado del preservativo en cada acto sexual puede reducir, pero no eliminar el riesgo de ETS. Los individuos que tengan probabilidad de contagiarse o ya estén infectados con el VIH, deberían ser conscientes de que el uso del preservativo no puede eliminar por completo el riesgo de contagiarse o de contagiar a otros.

Esto es de 1989. ¿Qué dicen ahora los CDC?

> La forma más fiable de evitar la infección es no mantener relaciones sexuales (por ejemplo, anales, vaginales u orales).
>
> La monogamia mutua significa aceptar ser sexualmente activo con una sola persona, que ha aceptado ser sexualmente activa solo contigo. Mantener una

> relación mutuamente monógama a largo plazo con una pareja no infectada es una de las formas más fiables de evitar las ETS. Pero ambos deben estar seguros de no estar infectados por ETS. Es importante mantener una conversación abierta y sincera al respecto.
>
> Reducir el número de parejas sexuales puede disminuir el riesgo de contraer ETS. Sigue siendo importante que tú y tu pareja os hagáis las pruebas y que compartáis los resultados de estas pruebas.[15]

Siguiendo esta misma línea, diversas instancias internacionales de alto prestigio, competencia y calado científico en salud pública dieron un cambio de timón y propusieron oficialmente las recomendaciones «ABC» para prevenir las infecciones por el virus VIH causante del sida, tal como consta en un conocido artículo de 2004 en *Lancet*, avalado por más de 140 firmantes de todo el mundo, incluyendo figuras como Desmond Tutu, varios ministros de Sanidad africanos, distinguidos investigadores en sida y ETS de las mejores universidades del mundo y miembros de la OMS y UNAIDS.[16] La letra «A» por «Abstinence», significa que lo prioritario, y 100 % eficaz para prevenir la infección, era *posponer las relaciones sexuales en jóvenes*. Por este motivo, lo más efectivo para las personas *jóvenes* era recomendar con claridad —y sin ambigüedades ni miedos— que retrasasen el inicio de estas relaciones hasta estar preparados para la estabilidad en el amor conyugal comprometido y firme. Algo análogo se podría decir de la *monogamia mutuamente fiel*, representada por la «B» de «Be faithful o sé fiel». Esta sería la recomendación más sensata en salud pública para personas en amor conyugal. Y es la que más debería difundirse. Finalmente, y en el caso de que fueran rechazadas las recomendaciones anteriores y en personas con estilos de vida muy alejados de la situación ideal, se habló de la «C» (Condom), recomendando el uso de condones, pero advirtiendo que reducían, pero no eliminaban, el riesgo de contagio.

He tenido la suerte de haber contribuido al desarrollo profesional de un grupo de catedráticos y profesores titulares de Medicina Preventiva y Salud Pública. Sinceramente, como les digo siempre, *espero que todos ellos me superen*. Afortunadamente, así veo que va sucediendo.

Uno de los mejores alumnos que tuve en mi vida es un madrileño que se llama Álvaro Alonso.[17] Ahora es un brillante catedrático precisamente en Atlanta, la misma ciudad donde están los CDC. Cuando Álvaro no se esperaba que acabaría en Atlanta y hacía en Pamplona su residencia MIR, tuvo la iniciativa de hacer una sobresaliente aportación a la salud sexual y reproductiva, junto con Jokin de Irala, en la revista *Lancet*. Afirmaban que

> … en diferentes lugares de África en los que ONUSIDA sugiere que el VIH ha disminuido, el éxito parece atribuirse principalmente a la reducción de las parejas sexuales múltiples. Ya que cualquier estrategia de prevención del VIH debe ser evaluada con exactitud, sería necesario disponer de información precisa sobre todos los factores que determinan el riesgo de transmisión del VIH.
>
> El número de parejas sexuales es también un dato crucial en relación con la hipótesis de compensación de riesgos. Brevemente, esta hipótesis sugiere que la introducción de nuevos enfoques tecnológicos de prevención podría reducir la percepción del riesgo y, por tanto, empeorar el cumplimiento de otras medidas preventivas básicas. Al final, tomar mayores riesgos podría contrarrestar los beneficios protectores teóricamente asociados al nuevo enfoque (…).

Las campañas poblacionales centradas principalmente en el uso del preservativo podrían conducir paradójicamente a un aumento de los comportamientos de riesgo, como por ejemplo un mayor número de parejas sexuales, si la población percibe que el preservativo es absolutamente seguro, independientemente de cuál sea el comportamiento sexual. El efecto global de una intervención de este tipo podría verse contrarrestado por comportamientos más arriesgados a nivel de la población y, por tanto, dificultar la disminución de la incidencia del VIH, que sería lo contrario de lo que se pretendía.[18]

Las mencionadas recomendaciones ABC («abstinence», «be faithful», «condon»), con un matiz segmentado, adaptado con precisión a la situación epidemiológica de cada persona, no se aplicaron por igual en todos los países. Destacó la buena aplicación, por ejemplo, en Uganda, pero la mala aplicación en Sudáfrica, dentro del mismo continente. Ambos partían de la misma situación inicial de epidemias generalizadas.[19] Esto se tradujo en amplias divergencias en el porcentaje de la población que está ahora infectada de sida en uno y otro país (6 % en Uganda y 17 % en Sudáfrica).

La estrategia ABC debería haberse erigido como el mensaje por excelencia, por ser el mejor fundado científicamente. Lamentable, pero se fue relegando al olvido en muchos ámbitos. En cambio, a pesar del éxito de su aplicación en algunos lugares, el esfuerzo preventivo se concentró masivamente de modo *monocarril* solo en recomendar preservativos. Un funesto reduccionismo. A la vez, se ridiculizó, incluso, a quienes hablaban de cambios en conductas como retraso de relaciones en adolescentes, monogamia mutuamente fiel o reducción del número de parejas.

Una vez acuñado el *mantra solocondón* (panel 6), se repitió como el «dogma» por excelencia de la salud sexual y reproductiva. El único problema, decían, son las «relaciones sexuales *desprotegidas*», con un desproporcionado énfasis en lo de «desprotegidas». Para delicia de los

vendedores de condones, que hicieron su agosto. El comodín omnipresente en cualquier mensaje lo formaban siempre solo dos palabras: «sexo seguro» *(safe sex)*. Lo técnicamente correcto hubiese sido, en todo caso, llamarle «sexo más seguro» *(safer sex)*, porque seguro del todo… se sabía bien que no lo era.

Panel 6

El error del mensaje/mantra de «condón-y-solocondón»

- En medicina preventiva nada suele ser unifactorial.
- Basar toda la prevención de ETS en el «sexo seguro» o en tener relaciones «protegidas» es un *reduccionismo*.
- No se puede excluir que fomentar el sexo seguro incite a la promiscuidad.
- El condón no elimina el riesgo, solo lo reduce.
- Las estrategias de condón —y solo condón— no han sido efectivas, pues lo que al final ha controlado el sida han sido los tratamientos, no los condones.
- El reduccionismo del «solo condón» es un error por ser técnicamente una *chapuza* en medicina preventiva, al margen de cualquier motivo moral o de otra índole.

Es cierto que los preservativos reducen el riesgo en el sexo comercial, pero no se puede fiar todo a esa vía única. Sería chapucero tal reduccionismo. Esta chapuza ha sido desgraciada. La epidemia de sida/VIH siguió aumentando precisamente donde más se habían concentrado las campañas de preservativos-y-solo-preservativos. Se hablaba *solo* del preservativo y no se decía nada o casi nada de evitar la promiscuidad sexual. Parece que ya es hora de abandonar argumentos simplistas y falsamente paternalistas que han decidido que «no es realista plantear adecuadamente un enfoque personalista de la sexualidad a los jóvenes o fomentar la fidelidad a los casados» como si la promiscuidad fuera «inevitable» en sus vidas. Ese pesimismo fue uno de los diez mitos sobre el sida denunciados por Sheldon.[20] Hay mucho más espacio a la esperanza del que podría pensarse. Esa esperanza hace más felices a las personas, es realista y hay que promocionarla. Parece como si en algunos países, incluida España, hubiera miedo de hablar de la «A» o de la «B», cuando es la *opción fetén*. Solo dando toda la información posible a los jóvenes será posible que sus decisiones sean más informadas, es decir, más libres.[21]

La principal instancia oficial internacional para la prevención del

sida es la Agencia de las Naciones Unidas sobre sida (ONUSIDA). Esta agencia encargó a inicios de la década del 2000 un estudio científico para valorar la efectividad real de las campañas basadas en reparto y promoción del uso de preservativos. El estudio científico concluyó que no había evidencia alguna de que las campañas basadas en distribuir y promocionar preservativos funcionasen como medida de prevención primaria en África. La Agencia discretamente ocultó el estudio. No obstante, los autores (Hearst y Chen de la Universidad de California) finalmente lograron publicarlo en *Studies in Family Planning*.[22] Posteriormente, mucha literatura científica de alta calidad publicada en revistas de alto impacto (*Lancet, Science, BMJ*) corroboró las conclusiones de aquel informe científico: las estrategias basadas en reparto de preservativos no habían sido efectivas para la prevención de la epidemia extendida en la población africana. A modo de ejemplo, véase la siguiente conclusión de un artículo publicado en *Science*:

> El uso consistente del preservativo no ha alcanzado un nivel lo suficientemente alto, incluso después de muchos años de promoción amplia y a veces agresiva, como para producir un descenso medible de las nuevas infecciones en la epidemia generalizada de África Subsahariana.[23]

Se ha argüido que las campañas basadas en el preservativo en algunas escuelas norteamericanas *no* han conducido a un incremento de la promiscuidad. Es cierto. Sin embargo, probablemente la promiscuidad se hubiese reducido más si, en vez de basar las estrategias solo en el preservativo, se hubiese añadido o priorizado el mensaje de retrasar el debut sexual y, sobre todo, el de reducir el número de parejas, como pasó en países de África donde sí hubo éxito.

Por otra parte, la reducción del riesgo que proporciona el preservativo es de un orden de magnitud de solo una cifra. Sin embargo, otras estrategias defendidas sin ninguna preocupación moral, sino solo por motivos «técnicos», como son la elección de una pareja entre grupos de bajo riesgo o la confirmación mediante un test serológico de que la pareja no está infectada conducen a una reducción de riesgo de un orden de magnitud de varias cifras. Si la probabilidad de seleccionar una pareja sexual infectada desciende del 20 % (pareja de alto riesgo) al 0,2 % (pareja de bajo riesgo) o al 0,002 % (pareja con test de VIH negativo) el riesgo puede reducirse con esta estrategia en dos o cuatro órdenes de magnitud, lo que en términos prácticos viene a equivaler a su casi desaparición.

El prof. Green, director del Centro de Prevención de sida de la

Universidad de Harvard durante muchos años, denunció que se había dado un clamoroso fracaso en la prevención del sida a nivel mundial.[24]

Explicaba que tal fracaso se debía a razones ideológicas que impidieron actuar sobre las conductas clave que realmente causaron la pandemia de sida, que son cuatro:

a) Tener varias parejas sexuales, especialmente concurrentes.
b) Usar drogas por vía parenteral.
c) Prostitución.
d) Además, habría que haber impartido una información científica correcta sobre los riesgos del coito anal, que se reducen con el preservativo, pero *no se eliminan*.

Según los CDC, el riesgo absoluto de contagiarse de VIH por el coito anal receptivo era de 138 por cada 10 000 actos sexuales (es decir, uno de cada 72, o el 1,4 %), cuando no se usó condón. Este riesgo bajaba a treinta y nueve por cien mil (es decir, uno de cada doscientos cincuenta y seis) cuando sí se usó condón siempre, en el 100 % de los actos sexuales. Para el coito vaginal estas cifras son de 8 por 10 000 (en vez de 138) y de 0,08 por diez mil respectivamente.[25] No debe olvidarse que esta reducción de riesgo con el preservativo solo es cierta cuando se trata de uso consistente, es decir, *siempre*. Y lo de usarlo *siempre* no se puede dar por supuesto. Sería paradójico esperar una *fidelidad* de 100 % al preservativo cuando no se admite la capacidad de comprometerse en otras *fidelidades*, como la debida a la propia pareja.

Estos cuatro factores son claves y eran bien conocidos, pero muchas instancias oficiales —en general burocracias generosamente financiadas— decidieron mirar hacia otro lado y consideraron un tabú hablar así. No se trata de censurar las realidades y opciones referidas al amor y al sexo, pero las instancias de epidemiología, salud pública

y medicina preventiva siempre deben *informar* ateniéndose a la realidad científica. Halagar el oído no debería ser su primera prioridad. Menos todavía si para halagarlo se esconden las realidades científicamente demostradas. Debe informarse siempre con delicadeza y exquisito respeto a las opciones que cada uno desee elegir libremente. Pero no se puede ocultar la «VERITAS».

Sin embargo, múltiples instancias oficialistas centraron sus mejores esfuerzos en estrategias de *reducción del daño*, útiles sin duda, pero olvidaron lo fundamental, que es la *evitación* del daño, basada en estos cuatro pilares. Quizá les faltó valentía para acometer sin complejos y con acciones estructurales sólidas para toda la población la auténtica prevención primaria que tendría que haber sido la gran prioridad: *evitar y no solo reducir*. El tabú se pudo llevar a sus extremos. ¿Quedó rigurosamente prohibido decir que tener varias parejas concurrentes era la fuerza principal que dirigía la expansión de la epidemia? ¿Era tabú confrontar la causa real que estaba detrás de más de cinco mil funerales diarios al filo del año 2000?

Parecía como si la cultura occidental llevase tres décadas rasgándose las vestiduras al contemplar las calamitosas consecuencias del VIH/sida, mientras esa misma cultura con muchas de sus manifestaciones de entretenimiento o diversión no dejaba de alimentar masivamente las raíces que habían extendido tal epidemia. Quizá esto es lo que menos se estaba afrontando. *No se puede jugar el papel de pirómano por las mañanas y el de bombero por las tardes*.[26]

Millones de dólares dirigidos a promover el uso del preservativo (el mantra «solocondón») en países con epidemias generalizadas de sida se han traducido en situaciones donde se da *más* transmisión del VIH. Esto es lo que hemos visto que ocurre en las poblaciones africanas que hemos estudiado, pues coincide en ellas una alta frecuencia de múltiples parejas sexuales a lo largo de la vida con una prevalencia extremadamente alta de uso solo *inconsistente* del preservativo (es decir, no siempre y que no previene casi nada). Ambos factores están fuertemente asociados con infectarse por el VIH.[27] ¿Es acaso esperable una fidelidad *total* al condón (100 % de uso) en quienes no fueron nada fieles a sus parejas?

En contraste con los tabús oficialistas que cosechaban fracasos con estrategias reductivas (*solocondón*) dirigidas desde lo alto, destacaron los éxitos de países pobres con iniciativas efectivas nacidas de lo más básico del tejido social. Eran planes que sí plantaban cara a las raíces conductuales, estructurales y culturales de la epidemia y dieron pasos espectacularmente positivos, *en la época en que no había tratamientos disponibles*. En los años 90 del siglo pasado, Uganda

abandonó el mensaje simplista de «sexo seguro» y elaboró en cambio una política global multifactorial orientada a cambios responsables en el comportamiento sexual:

a) Incentivar la fidelidad mutuamente monógama.
b) No mantener relaciones extramatrimoniales.
c) Retrasar el debut sexual en los jóvenes.
d) No otorgarle protagonismo al uso del preservativo.

Al cabo de una década, Uganda se había convertido en el primer país africano que constató una fuerte tendencia a la baja de la infección VIH.[28] La prevalencia alcanzó su pico (15 %) en 1991 y cayó al 5 % en 2001. Esto ocurría casi en ausencia de tratamiento antirretroviral, mientras varios países del entorno con un uso de preservativos igual o mayor al de Uganda, veían *subir* su prevalencia. Otros países africanos dieron más tarde pasos similares con descensos en la prevalencia de infección VIH gracias a cambios de conducta,[29] consistentes en

a) La disminución de las relaciones sexuales premaritales.
b) El descenso en la prevalencia de varones con pareja extramatrimonial.
c) La reducción de la prostitución.

No son logros atribuibles al uso de preservativos y fueron previos a la extensión del tratamiento antirretroviral. Pero las agencias oficiales internacionales siguieron resistiéndose a reconocer esto, quizá por querer ser complacientes (por favor, que no haya «ofendiditos») y para no hacerle una «enmienda a la totalidad» a lo que venían predicando desde hacía años. Parecían no distinguir el respeto, cariño y delicadeza con las *personas* de la necesaria firmeza y claridad en las *ideas y conceptos*. Son perfectamente compatibles. Se puede decir la verdad con respeto a la ciencia, sin necesidad de ofender a nadie.

Además, los avances distaban todavía de lo que podría haberse conseguido si la prevención primaria se hubiese priorizado y se hubiese dicho la verdad, como se había hecho antes para otros problemas que no eran *sexy*. Por ejemplo, se coreó a los cuatro vientos el eslogan «políticamente correcto» de que *todos* podemos infectarnos por igual con el sida. Así lo cuenta la Dra. Grossman:

> El VIH no discrimina… El VIH está aquí para quedarse y cualquiera puede contraerlo. Si eres sexualmente activo o consumes drogas, es una buena idea que te hagas la prueba.
>
> Esto es una locura.
>
> ¿Cualquiera puede contagiarse? ¿Se mete en el mismo saco a un drogadicto en una galería del Bronx, a un varón que ejerce la prostitución en la calle y a una estudiante y su primer novio? ¿Como si estos tres se enfrentaran al mismo riesgo, independientemente de su comportamiento y de con quién decidan hacerlo? Un veterano investigador del sida dijo:
>
> Es como si quisiéramos evitar ofender a las compañías tabacaleras, así que le decimos a la gente que el cáncer de pulmón puede ser causado por el radón, el amianto, el tabaco y la contaminación del aire.
>
> Es como aconsejar que cualquiera que haya estado expuesto a alguno de los factores de esa lista debe hacerse una radiografía de tórax porque todos están igualmente en riesgo. Esto no es lo que se hace porque el 80 % de los cánceres de pulmón están relacionados con el tabaco.[30]

Está muy claro en la cabeza de cualquier epidemiólogo del cáncer o, en general, de cualquier profesional de la salud pública, que el problema para el cáncer de pulmón es el tabaco, y no otro. En combatir esta exposición al tabaco es donde nos lo jugamos todo y es donde se deben centrar los esfuerzos, sin despistarse con otros asuntos menores o marginales. Por mucho que le duela a *Big Tobacco*, hay que decir la verdad, sin ninguna pretensión de ofender a los fumadores. De lo contrario, seguiremos acumulando millones de muertes por cáncer de pulmón. No puede ser tabú denunciar que el tabaco fue la fuerza principal que estuvo detrás del avance descomunal de este cáncer en el siglo XX. ¿Por qué no se habló entonces con más claridad de la fuerza principal que estaba detrás del sida y otras ETS?

Probablemente, frente al sida no se habló así de claro, porque era un tema *sexy*. Se consideró tema tabú. Y la prevención propiamente dicha fracasó. No se siguió la ruta habitual del éxito en salud pública, que empieza por aplicar buenos estudios epidemiológicos para identificar las causas y principales determinantes de una enfermedad, para seguidamente confrontar sin complejos esos determinantes mediante acciones estructurales, legales y educativas.

El panorama del sida/VIH cambió a partir de la primera década del siglo XXI. La causa crucial fue el fuerte efecto preventivo *indirecto* del *tratamiento* antirretroviral combinado y no los complacientes mensajes oficiales al uso (mantra «solocondón») de la salud pública, que casi siempre tendían a ser timoratos, incompletos e inefectivos. En cambio, los fármacos antivirales combinados son altamente efectivos para reducir la carga viral en quienes ya estaban infectados y así, indirectamente, redujeron mucho la capacidad de que ellos

contagiasen a otros.[31], [32], [33], [34] Este tratamiento farmacológico destruye los virus del sida (aunque no del todo), pero impide que se multipliquen. Esto reduce mucho el número de virus circulantes. Así, cuando médicamente se trató con fármacos más fuertes a pacientes que ya estaban infectados, se evitó que estos pacientes infectasen también a sus parejas.

Cuando falló la prevención propiamente dicha, vino, inesperadamente, el buen tratamiento a suplirla. Solo los *notables* avances en tratamiento fueron los que cosecharon éxitos *sobresalientes* en prevención. Compensaron los *suspensos* bien merecidos de una política de prevención propiamente dicha que estuvo mal orientada durante décadas.

Esto permitió que parejas donde uno estaba infectado y la otra no (o viceversa) y que querían tener hijos pudiesen tenerlos sin contagiar al que estaba sano. Un magnífico estudio español, liderado por el Dr. Jorge del Romero en Madrid, constató que, con un buen tratamiento antiviral, no hubo ningún contagio (es decir, hubo cero seroconversiones) en parejas de este tipo, tras más de siete mil actos sexuales sin uso de preservativo porque lo que querían esas parejas monógamas era tener hijos.[35] En definitiva, tuvieron que ser unos costosos tratamientos quienes arreglasen el problema, a base de tratar con un arsenal muy fuerte de fármacos a los pacientes ya infectados. Estos medicamentos antirretrovirales juegan un gran papel, pero no lo son todo y tampoco han arreglado por sí mismos *todo* el problema. Pueden generar resistencias y producen efectos adversos.

La estrategia efectiva es multifactorial e incluye los tratamientos farmacológicos, el fomento de la circuncisión en los hombres (el prepucio es un reservorio de virus), sólidas estrategias para fomentar la monogamia, reducir el número de parejas y animar a los jóvenes a retrasar el debut sexual. Todo en salud pública funciona mejor cuando es *multifactorial*. Todo esto junto sí que ha funcionado de hecho. Así lo demostró en 2017 un macroestudio de Uganda publicado en *The New England Journal of Medicine*.[36] En cambio, el pensamiento monolítico de «preservativo y solo preservativo» no llevó a logros relevantes,[37] como también afirma ese mismo estudio.

Dos mil funerales al día

Las estimaciones globales de mortalidad por sida desde que empezó la epidemia en 1980 hasta 2020 se cifran en torno a cincuenta millones de personas fallecidas, mayormente personas muy jóvenes. Debería bastar este dato como argumento para reaccionar y tomarse muy en serio lo que defiendo en este libro. Especialmente desde todos los

ámbitos de la salud pública. También desde todas las instancias educativas a todos los niveles. Este número de muertes es casi el mismo que las causadas directamente por la Segunda Guerra Mundial. Diez veces más que las de la plaga coronavírica en 2020 y 2021.

A diferencia de la covid-19, la mayoría de las muertes por sida ocurrieron en personas *muy jóvenes*. Se llegaron a constatar en torno a dos millones de muertes al año en 2004-2005. Se mejoró con el tratamiento. Aumentó la supervivencia e indirectamente se redujeron los contagios. Ahora son menos contagiosos los enfermos al estar mejor tratados, como se comentó antes.

Pero en torno a 2020 todavía seguían muriendo en el mundo casi *dos mil personas al día* por el virus del sida. Sin planteamientos apocalípticos, hay que reconocer que son consecuencias dolorosas, que quizás emergen desde unas raíces culturales que deberían sopesarse bien…

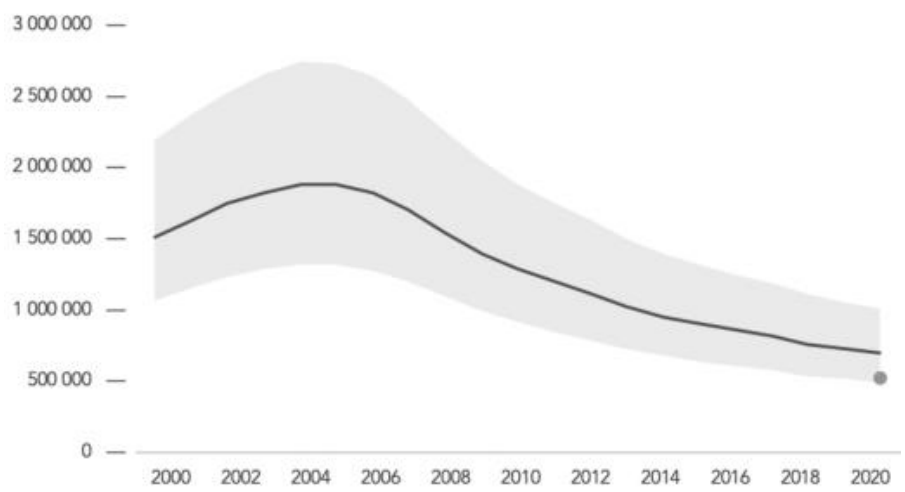


Figura 6. Número de muertes en el mundo por sida cada año (el área sombreada muestra el intervalo de incertidumbre).
Fuente: UNAIDS.
https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021-global-aids-update_en.pdf.

Casos de infección VIH en España
n.º absoluto notificado

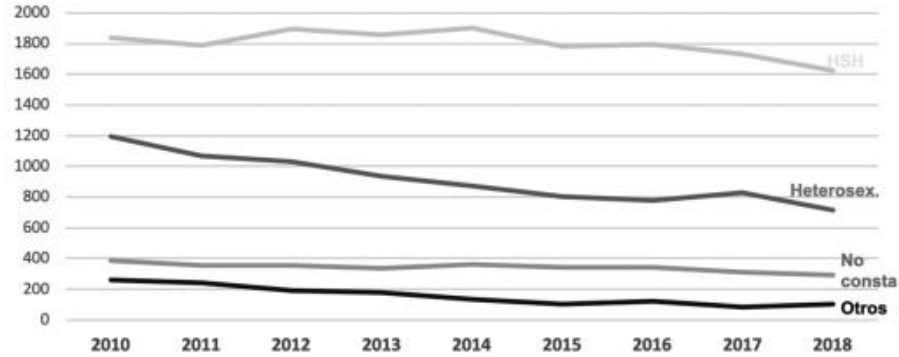


Figura 7. Número de casos nuevos detectados y notificados de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), causante del sida en España, según mecanismo de transmisión. Debe tenerse en cuenta que la tendencia decreciente puede deberse a retrasos en la declaración para el año 2018.
HSH: hombres que tienen sexo con otros hombres.
Heterosexuales: transmisión heterosexual en hombres y mujeres.
Otros: transfusiones, materno-infantil y otras.
Fuente: elaboración propia a partir del Informe de noviembre de 2020 de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Dirección General de Salud Pública. http://medpreventiva.es/RU4PoC (consultado el 15/8/2021).

Desde mitad del siglo xx se invitó masivamente a la población, cada vez con mayor insistencia, a considerar el sexo como un mero juego, sin responsabilidad, sin orientación a la familia, sin trascendencia alguna y disociado del amor puro, fiel y definitivo. Se equiparó el placer sexual, en su concepción más genital y física, con el supremo bien de la humanidad.[38]

Y así acabó el siglo xx, paradójicamente, enterrando, *cada día* a más de cinco mil personas que habían muerto por el sida. En 2020 seguían siendo casi dos mil funerales diarios. ¿Seguiremos creyendo todavía estos engaños que explotan comercialmente los apetitos primarios y esconden una fuerte avaricia comercial? ¿Qué necesitamos para convencernos de que consiguieron algo diametralmente contrario a lo que prometían?[39]

Quienes hagan en el futuro una historia de la salud pública desde 1980 a 2022 se quedarán asombrados de hasta qué punto fueron estériles los muchos miles de millones de dólares invertidos en estrategias globales de prevención de sida. Fracasaron porque se actuó con ambigüedad. Posturas timoratas. No se confrontaron los determinantes identificados por la epidemiología, y mucho menos los determinantes distales, las raíces culturales de la epidemia. No se hizo verdadera prevención *primaria*, ni mucho menos prevención

primordial.[40] Contra todos los paradigmas de la salud pública, los agentes sanitarios se resistieron a ir río arriba (*upstream*) para buscar las causas de las causas, los determinantes distales, conductuales y culturales. Prefirieron la complacencia con modas, costumbres e intereses comerciales que no estaban haciendo ningún bien a la salud pública, sino todo lo contrario.

El desembolso multimillonario de fármacos antirretrovirales acabó siendo la solución que tapó los agujeros que había dejado una mala prevención. Eso sí, también con gran lucro de diversas empresas al vender estos costosos fármacos. Los éxitos ahora no se cuentan por el cambio de conductas ni por el número de casos de infección por VIH que estas intervenciones consiguen, sino por los millones de personas que comienzan a recibir cada año este caro tratamiento, no exento de problemas, resistencias y efectos adversos.

En 2012, la Agencia estadounidense de Alimentos y Medicamentos (*Food and Drug Administration*, FDA) aprobó el uso de tenofovir disoproxil fumarato y emtricitabina —una combinación de fármacos antisida— para la *profilaxis pre-exposición (PrEP)* al VIH. Se conoce mejor por su nombre comercial en España: Truvada.

La PrEP significa nada más y nada menos que si alguien que no está infectado, y sabe que en el futuro se va a exponer a riesgos de adquirir el sida, podrá medicarse antes con Truvada y luego… ancha es Castilla. Es decir, Truvada está dirigido a personas seronegativas, libres de infección, que van a exponerse después a altos riesgos de contraer el VIH. La aprobación de la FDA estadounidense estableció que la PrEP no solo consistía en tomar dosis diarias de Truvada, sino que era todo un programa multifactorial, pues la medicación debería ir acompañada de prácticas sexuales «seguras» (es decir, el uso del preservativo) y pruebas de detección del VIH cada cuatro meses. Varios ensayos clínicos aleatorizados confirmaron la eficacia y la seguridad de esta estrategia en grupos de riesgo, como los hombres que tienen sexo con hombres, los heterosexuales de alto riesgo y los usuarios de drogas inyectables. Esta estrategia se propuso como una de las herramientas eficaces del arsenal de prevención del VIH. Pero, de nuevo, apareció el problema de la *compensación de riesgos*. Una vez que alguien se había tomado el Truvada, tendía a sentirse más protegido, al asumir que ya estaba superprotegido frente al virus. Pensaba que tenía el mejor *chaleco antibalas*. Nada peor que ir de *invulnerable* por la vida.

Parecía lógico pensar esto. Una persona tiende a sentirse artificialmente más protegida de lo que realmente está. Su percepción del riesgo se reducirá, se creerá injustificadamente invulnerable y esto

le llevará a empeorar sus estilos de vida. Es una especie de espejismo o engañabobos.[41]

Así sucedió cuando los jugadores de fútbol americano empezaron a adoptar los cascos y otras medidas mecánicas de protección para no lesionarse. Acabaron usándolos para hacer jugadas más agresivas, con lo que las lesiones no solo disminuyeron, sino que aumentaron. También sucedió con los cinturones de seguridad. Se comprobó que reducían lesiones en carretera, pero eso dio falsa sensación de seguridad. Los conductores se sentían protegidos por el cinturón y al llevarlo corrían a más velocidad en carretera. Aumentaron las lesiones por accidentes de tráfico. Cuando la industria tabacalera lanzó cigarrillos bajos en nicotina (*safer cigarettes*) solo se consiguió que aumentasen las ventas de cigarrillos, pero no se redujo el daño sanitario del tabaco, porque la gente fumaba más pitillos al día para obtener la misma dosis total de nicotina y así se exponían más al alquitrán y otros carcinógenos.[42]

Pero ¿se pudo demostrar la compensación de riesgos por usar la PrEP? ¿Hay buenos estudios epidemiológicos que muestren esto?

Efectivamente, se demostró una correlación directa significativa en EE. UU. entre la utilización de Truvada y el número de nuevas infecciones de sífilis, gonorrea y clamidia. A más Truvada, menos sida, sí, pero *más* infecciones de otras ETS. En particular, entre los hombres. Truvada fue utilizado predominantemente por personas jóvenes de sexo masculino.[43] Diversos estudios epidemiológicos revelaron un aumento de las exposiciones de riesgo y de adquirir otras ETS en estos hombres jóvenes cuando lo usaban. Esto sugirió el fenómeno de compensación de riesgos. Había mayores tasas de otras ETS distintas del VIH entre los usuarios de la PrEP,[44] aunque no siempre los estudios publicados reconocían este efecto adverso.[45] Cuando se pudo valorar por primera vez a más de quinientos pacientes que padecieron la llamada viruela del mono (*monkeypox*), el 57 % de ellos eran usuarios de la PrEP[46]. Antes de este brote global de viruela del mono, uno de los estudios más importantes sobre la PrEP concluía que

> los datos más recientes de estudios abiertos y observacionales sobre la PrEP después de que se haya demostrado su eficacia sugieren que los gais, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres son más propensos a practicar sexo anal sin preservativo mientras usan la PrEP (…). También hay pruebas de que tienen una mayor incidencia de infecciones de transmisión sexual bacterianas después de iniciar la PrEP, incluso cuando se controla el aumento de las pruebas de detección y los diagnósticos que acompañan a la atención integral de la PrEP (…). Este efecto parece ser más fuerte en estudios más recientes que en los estudios antiguos, lo que sugiere que la PrEP puede estar teniendo un mayor impacto en los diagnósticos de infecciones de transmisión

sexual a medida que se difunde la conciencia de su eficacia para prevenir el VIH.[47]

No hubo dudas de que tomar Truvada antes de exponerse reducía el riesgo de contagiarse por el VIH en quien inicialmente estaba libre de infección y además su eficacia para prevenir esta infección en particular era alta, aunque se asociaba a resistencias y a ciertos efectos adversos renales y gastrointestinales.[48] Lo que no se podía olvidar era el gran negocio que supone vender un medicamento caro para que lo usen personas *sanas*. Había, de nuevo, intereses comerciales detrás.

Virus escondidos que causan cáncer

Las chicas están a mayor riesgo que los chicos de adquirir una ETS. Como médico especialista en medicina preventiva, pienso que sistemáticamente se debería instruir a todas las mujeres jóvenes sobre una zona de su cuello uterino llamada «zona de transformación».[49] En esa zona inmadura, que es más externa y expuesta cuanto más jóvenes son, las células son más vulnerables a las bacterias y los virus. Con la edad se reduce esa zona de transformación y ya estarán más protegidas frente a tales infecciones.

Consecuencia práctica: cuanto más joven sea una chica al tener sexo, más fácil es que se infecte.[50] No por otra razón, sino por su propia anatomía e histología. También es cierto que cuanto más precozmente se tenga sexo, más fácil será que luego exista multiplicidad de parejas y sea más fácil que se adquieran ETS.

Recuerdo una frase simplista, que yo ni asumo ni repito en mis clases, por ser realmente dura e incorrecta y por faltar al respeto. Pero es la que le oí en clase a un profesor de Medicina Preventiva cuando yo era alumno. Nos hablaba sobre el cáncer de cuello de útero y nos dijo: *excepcional en monjas, frecuente en prostitutas*. Entonces no se sabía que el virus del papiloma humano (VPH) era su causa necesaria (pero no suficiente). Sin el VPH, no hay tal cáncer. Toda la historia del VPH y su capacidad de causar un cáncer, que puede ser mortal, es *otro sumando* más que hay que añadir a la triste cuenta de muerte y enfermedad que trajo la revolución sexual global del siglo pasado. Se anunciaba que dicha revolución y el uso del sexo como un juego divertido haría disfrutar mucho y colmaría de felicidad y bienestar a la humanidad, pero a los cinco mil funerales diarios por el sida de final del siglo XX hubo que sumar muchas decenas de miles de mujeres jóvenes que cada año veían derrumbarse sus vidas al recibir un diagnóstico de cáncer invasivo del cuello de útero. Y esto les ocurría casi siempre cuando estaban en la flor de su vida.

Estos cánceres femeninos sucedían con mayor frecuencia en mujeres que ejercían la prostitución, víctimas de la trata comercial de seres humanos, o eran causados en otras mujeres porque el varón, y no la mujer, era quien tenía multiplicidad de parejas. Un efecto de segunda mano. De nuevo, tranquilidad para quienes son mutuamente fieles y monógamos. La comunicación sincera en la pareja es clave. Hay que defender a las mujeres y desarrollar un *sano feminismo* en este tema. Hay unas estructuras en nuestra sociedad que no solo *cosifican* a las mujeres, sino que también las convierten en *víctimas* debido a este cáncer. Habría que confrontar más esas estructuras. Hoy día se pide por nuestros gobernantes que en la redacción de un proyecto de investigación sobre cualquier tema —y cualquiera es cualquiera— se incluya la «perspectiva de género». Si no se habla de tal perspectiva, al proyecto le darán cero puntos, por muy bien redactado y planteado que esté en sus aspectos técnicos y científicos. Pero uno se pregunta ¿dónde está la «perspectiva de género» en la victimización sanitaria, cultural y de cosificación de la mujer causada por la vieja revolución sexual global?

No deja de ser sorprendente el contraste con muchos otros aspectos de la conducta relacionados con la prevención y la salud pública donde se habló siempre de que no había que culpar a la víctima. Se defendía la prioridad de transformar y mejorar las estructuras sociales y culturales que eran la base de tales conductas. Las acciones de salud pública, por ejemplo, debían evitar que los actores de cine aparezcan fumando. ¿Por qué no se dijo esto mismo cuando se trataba de conductas sexuales insanas? Habría que haberse dedicado también a cambiar las estructuras que llevaron a una sociedad llena de burdeles (de diversos tipos) no solo en calles y carreteras, sino también en pantallas. Esos burdeles, reales o virtuales, estaban en el origen de que luego los maridos, novios o parejas que los frecuentaban infectasen de VPH a sus mujeres, novias o parejas. Ellas eran más *víctimas* en este caso que nadie, mucho más que el fumador activo o pasivo, el bebedor pasivo o el peatón atropellado por un conductor borracho o imprudente. Todo un caso lacerante de machismo, que suele estar ausente en los medios. **Los culpables de muchos de esos cánceres de cuello uterino de las mujeres eran los deslices sexuales que sus parejas masculinas habían tenido recurriendo al sexo extramatrimonial.**

Esto ha quedado claro en diversos estudios epidemiológicos de calidad realizados en los cinco continentes. El marido o pareja sexual se infectará, pero no desarrollará cáncer casi nunca;[51] quien sí lo desarrollará con más probabilidad será su mujer, aunque no haya

tenido relaciones sexuales más que con su pareja. Su infiel pareja. De ahí deriva la importancia de la adecuada elección de pareja para una mujer. Esta historia del VPH y los cánceres cervicales invasivos es una buena base científica para que las chicas tengan criterios sólidos en sus decisiones.

Hubo un estudio riguroso y científicamente impecable publicado en una de las más prestigiosas revistas de epidemiología, el *American Journal of Epidemiology*.[52] Valoró con gran detalle los riesgos de esta infección (causante del cáncer de cuello uterino), por el VPH.

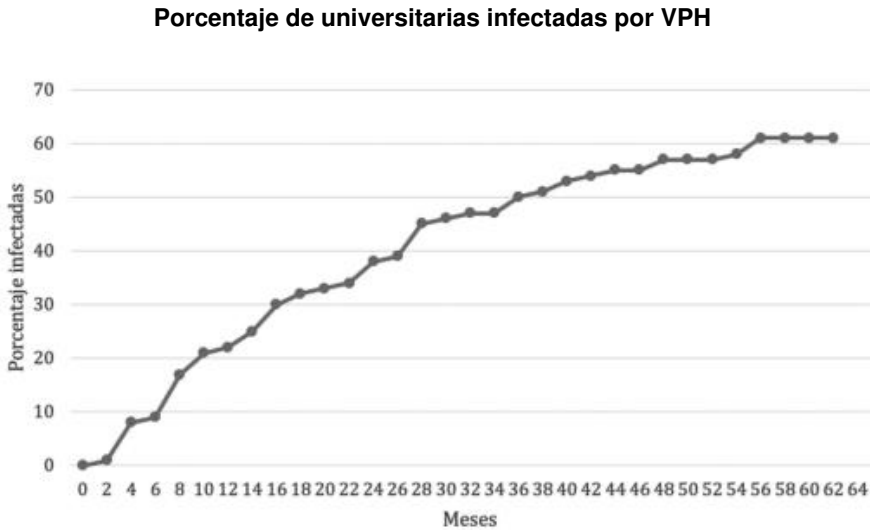


Figura 8. Riesgo de adquirir la infección por virus del papiloma humano en el seguimiento prospectivo de 603 universitarias inicialmente libres de esta infección de transmisión sexual.
Fuente: elaboración propia a partir de Winer, R., Lee, S., Hughes, J., *et al.*,«Genital human papillomavirus infection: incidence and risk factors in a cohort of female university students», *Am J Epidemiol*. 2003; 157:218-26.
Propiedad intelectual: Miguel Á. Martínez-González.

Los investigadores hicieron seguimientos repetidos de las mismas chicas (cohorte) cada cuatro meses. En la figura 8 se recoge uno de los resultados de este interesante estudio realizado entre 1990 y 2000 que incluyó solo a universitarias que eran genitalmente activas. Inicialmente estaban libres de infección por el VPH, pero mantuvieron relaciones sexuales durante el seguimiento. A los dos años de seguimiento (veinticuatro meses en la figura), más del 30 % ya se habían infectado. Al final del estudio las infecciones afectaban a más del 60 % de estas chicas. Como quien coge un resfriado. Estamos hablando, pues, de algo con muchísima prevalencia. En esta cohorte,

los factores de riesgo más importantes para infectarse del VPH fueron el número de parejas sexuales, el haber pasado poco tiempo desde conocer al chico hasta tener relación sexual con él y el número de parejas que había tenido antes el chico. La buena noticia es que el riesgo era prácticamente inexistente para las chicas que eran vírgenes, habían pospuesto las relaciones o habían tenido una sola pareja *mutuamente* fiel. Que ellas tuviesen total certeza en lo de «mutuamente» era crucial.

En el panel 7 se representa por cuánto se multiplicaba el riesgo (riesgos relativos) en función de cada posible factor de riesgo o factor protector. Se incluyen también los intervalos de confianza al 95 % (rango de valores creíbles) para cada riesgo relativo. Como multiplicar por uno es quedarse igual, cuando el intervalo de confianza al 95 % incluye el uno, se concluye que el efecto es compatible con el valor nulo (por ejemplo, el efecto de usar *siempre* el preservativo era compatible con el nulo, ya que el intervalo de confianza iba desde 0,5 a 1,2 e incluía el 1).[53]

Panel 7

Riesgos relativos de adquirir el virus del papiloma humano en el estudio de universitarias (Washington), en función de varios factores de riesgo

Riesgo relativo (intervalo de confianza al 95%)	Factor
Número acumulado de parejas de la chica (por cada una)	1,3 (1,1-1,7)
≥ 1 parejas del chico que es pareja de la chica	5,2 (1,3-21,2)
La chica desconocía el número de parejas del chico	8,0 (1,8-36,5)
< 8 meses desde conocerse hasta tener relación sexual	1,8 (0,2-2,7)
La chica usaba contraceptivos	1,4 (1,01-1,8)
Usaba siempre el preservativo	0,8 (0,5-1,2)

Estos resultados dejan claro que los factores más importantes para que una chica se infectase por el VPH eran los relativos al grado de promiscuidad *de su pareja masculina*. Lo más llamativo es el efecto de que la chica no fuese capaz de saber si su compañero sexual había tenido otras parejas sexuales. Esto multiplicaba nada menos que por ocho el riesgo de que la chica se infectase. Tal hallazgo da idea de lo peligroso que es no saber comunicarse. Esto ocurre en un ambiente donde la sexualidad se trivializa. Se tienen, entonces, relaciones prematuramente, así, sin más, sin compromiso estable y sin conocerse en aspectos imprescindibles, como exigiría el más elemental sentido común.

A continuación, el factor más importante es que esa chica no

fuese la primera o única pareja del chico. Esto multiplicaba por más de cinco veces el riesgo de que la chica se infectase. Tener relaciones enseguida, al poco de conocerse, era importante, ya que aumentaba en un 80 % en términos relativos el riesgo de desarrollar la infección. El número de parejas de la chica era también otro factor influyente. Aunque el riesgo relativo de 1,1 parezca pequeño en comparación con otros de los presentados en este panel, téngase en cuenta que se estima ese riesgo *a igualdad de todos los demás factores*, además que *cada* pareja adicional que la chica tuviese incrementaría de modo multiplicativo el riesgo y que el límite inferior del intervalo de confianza (1,03) excluía el valor nulo (1,00), por lo que puede concluirse que cada pareja nueva implicaba un riesgo significativamente elevado de contraer la infección. Por otra parte, los riesgos relativos de este panel se multiplican entre sí. Por ejemplo, si la chica desconoce el número de parejas del chico y, además, no deja pasar ni ocho meses desde conocerse hasta tener relaciones sexuales, entonces el riesgo relativo de contagiarse por papiloma se multiplica por 8 x 1,8, es decir, es más de catorce veces superior. Por último, las chicas que usaban contraceptivos tenían un riesgo significativamente superior, un 40 % más elevado, de infectarse por el VPH, a igualdad de los demás factores. El uso de contraceptivos es un marcador indirecto de mayor exposición y mayor número de parejas, pero, además, la Agencia Internacional de la OMS sobre el cáncer (IARC) concluyó que los contraceptivos son carcinógenos demostrados para *causar* cáncer de cuello uterino.

A estos datos se les podría achacar que obvian que desde principios del siglo XXI existió una vacuna frente a esta infección. Es cierto. Y es una vacuna eficaz frente a algunos tipos de VPH, que son los más frecuentes. Se argumentaría que quien se vacune no tendrá estos riesgos. Tal réplica no se sostiene por las siguientes razones:

- Las dos primeras vacunas disponibles frente al VPH, cada una de un laboratorio distinto, fueron vacunas *parciales*, solo cubrían los virus dieciséis y dieciocho en la vacuna bivalente y además el seis y once (no causantes de cáncer) en la otra vacuna cuadrivalente. Pero hay otros tipos de VPH (unos veinte en total) causantes de cáncer que no están cubiertos por ellas. Luego vinieron nuevas vacunas con más virus, pero tampoco eran completas. Eso sí, todas eran caras. Además, las nuevas, más completas, tendrían que añadirse a las ya administradas previamente y seguían sin cubrir a *todos* los tipos de virus del papiloma.
- La protección *a largo plazo frente al cáncer* no se demostró

inicialmente en los ensayos realizados cuando se introdujeron las vacunas. Los ensayos solo valoraron lesiones *precancerosas* (que pueden revertir espontáneamente), pero no valoraron el cáncer invasivo. Posteriormente, muchos años después de su comercialización, sí se encontró que la vacuna resultó eficaz en la protección frente al cáncer de cuello de útero.[54] Pero esto se basó solo en estudios observacionales (con menor fuerza para hacer una demostración causal), pero no en ensayos.

- Los ensayos se hicieron solo en chicas que habían tenido cuatro o menos parejas a lo largo de su vida. En ellas, cuantas más parejas tenían, menos eficaz era la vacuna,[55] pero se desconocía la eficacia de la vacuna en chicas con cinco o más parejas.
- La vacuna se empezó a aplicar entre los nueve y los catorce años según calendarios vacunales de diversos países, pero el cáncer de cuello uterino es excepcional antes de los treinta años. La incidencia más alta se ve a los cuarenta y a los cincuenta años. Los primeros posibles beneficios importantes frente al cáncer solo se cosecharían hacia el año 2035. La gran incógnita era ¿qué sucedería en todo ese tiempo de espera?[56]
- Cuando se aprobó, no se sabía cuánto duraría la inmunidad conferida por la vacuna.[57]
- La vacunación no servía en chicas ya infectadas por VPH.
- Los ensayos en los que se basó la eficacia de la vacuna anti-VPH contra lesiones precancerosas fueron todos ellos financiados por empresas de la *Big Pharma* que han obtenido beneficios económicos astronómicos al comercializarlas. Estas empresas invirtieron cantidades multimillonarias para promocionar sus vacunas. Se han denunciado los conflictos de interés de investigadores y diversas maniobras más que dudosas para silenciar y cancelar a los científicos que eran críticos con estas vacunas.[58]
- Estas vacunas fueron de las más caras de la historia (más que la suma de los precios de todas las demás vacunas del calendario) cuando se introdujeron en el mercado, pero no lo notó la población porque se pagaron con impuestos.

Esto no es un mensaje que pretenda socavar acciones de salud pública que se han demostrado efectivas usando estas vacunas. Desde luego que ni soy antivacunas ni estoy defendiendo que las chicas no se vacunen, sino que solo deseo dejar claro que *no es oro todo lo que reluce* y que la vacuna (por muy sustanciosos emolumentos que proporcione a la *Big Pharma*) no arregla, ni mucho menos, *todo* el

problema. Es una solución, sí, eficaz, pero parcial. De nuevo, volvemos a que nada es unifactorial en salud pública, a que no hay remedios únicos mágicos y a la omnipresente compensación de riesgos que se da en estos temas, especialmente cuando, deslumbrados por el glamur de la tecnología, olvidamos lo básico del estilo de vida.

Una prueba de lo sólidos que son los puntos anteriormente mencionados es que las autoridades sanitarias, tras introducir la vacunación masiva en sus calendarios, establecieron que el cribado del cáncer de cuello uterino y las precauciones frente a otras ETS diferentes del papiloma y frente a embarazos imprevistos seguían siendo necesarias en las vacunadas. También lo era la educación sanitaria y los cuidados que debían tener al tomar sus decisiones, ya que cuando una persona se vacuna tiende a pensar que está más protegida de lo que realmente está. Se puede sentir invulnerable frente a otros agentes que no están incluidos en la vacuna y esto puede traerle muy malas consecuencias al confiarse.[59] Habría que afirmar que incluso se volvían más necesarios todavía estos cuidados por la falsa sensación de seguridad que podía proporcionar la vacuna con el consiguiente descuido de la conducta.

La mejor prevención es la monogamia mutua, como para el sida u otras ETS. Esto es lo único que da seguridad. Consigue evitar. No solo reducir o paliar. Es la opción del riesgo cero.

QUE LA PÍLDORA NO TE ENGAÑE CON PROMESAS IRREALES: EL NEGOCIO DEL *BIRTH-CONTROL*

(¿Es cierto que las hormonas contraceptivas son como tomar un vaso de agua?)

La revolución sexual global tiene mucho que ver con unos avances médicos que pusieron a disposición de las mujeres la píldora contraceptiva. El Mayo francés y la píldora son casi coetáneos. La contracepción hormonal representó un avance tecnológico que aparentemente liberó a la mujer de tener hijos al tener sexo… y que también hizo de oro a ciertas industrias farmacéuticas.

Con toda la buena intención del mundo, y con cierta razón, se pensó que la anticoncepción sería de gran ayuda para la mujer y le permitiría desarrollarse mejor en su vida laboral y social. Desde luego que la entrada de la mujer en el mundo laboral fue un logro social imponente que merece ser aplaudido. Ayudó a las mujeres y contribuyó muchísimo a mejorar la sociedad. Pero eso propició también un cambio masivo de mentalidad en otros aspectos que ha podido tener efecto búmeran. Se le dio prioridad absoluta a la mentalidad anticonceptiva basada en tecnologías artificiales que manipulaban las hormonas femeninas, en vez de poner el énfasis en lo más ecológico y natural, en las soluciones laborales para la conciliación familia-trabajo, y en el conocimiento profundo de la fisiología natural de la mujer.

A la vez se desatendieron otros aspectos clave en la sexualidad de la mujer. Se postergaron o ningunearon otras alternativas de regulación de nacimientos que también habrían conseguido darles esa misma libertad y proyección a las mujeres en el mundo laboral y en su desarrollo profesional, sin alterar la función fisiológica y normal de hormonas, ovarios y útero.

Hubo consecuencias adversas para las mujeres y sus familias cuando se aceptaron sin crítica los postulados de esa vía estrecha que lo fiaba todo a una píldora cargada de hormonas u otros artefactos. Una de estas adversidades se menciona en el capítulo 3 al hablar de los fracasos en pareja y cómo prevenirlos.[1] Los contraceptivos hormonales han separado de una manera radical la sexualidad de su más directa y obvia consecuencia, que es la maternidad. Se dice que estos fármacos liberaron a la mujer. Podría ser así en ciertos aspectos. Hay diferentes visiones al respecto. Pero de lo que nadie duda es que

fue una maniobra comercialmente muy rentable.[2]

Las hormonas y el conflicto de interés

La venta de hormonas contraceptivas es un negocio muy lucrativo y a quienes las venden les interesa que se critique y menosprecie a todo aquel que amague con socavar sus intereses comerciales. El argumento para hacerles publicidad tiene mucho gancho: liberan a la mujer y le abren las puertas de su autonomía, sin necesidad de que renuncien al sexo y sin miedo a embarazos imprevistos. Se defiende que son un instrumento de defensa de la independencia de la mujer frente a los viejos condicionantes de sociedades patriarcales. Son razonamientos que tienen tirón y gran calado progresista. Son atractivos. Algunos de ellos, en gran parte, son ciertos. Sin duda. Estas razones, presentes en gran parte de la bibliografía médica al respecto, requieren ser bien consideradas, ponderadas y comprendidas.

A la vez, hay que reconocer que el pensamiento único prohibió rigurosamente durante décadas que nadie le pusiese el más mínimo «pero» a los contraceptivos hormonales, especialmente en ambientes médicos glamurosos. Esto facilitó la extensión y normalización de una mentalidad contraceptiva basada meramente en un arsenal de productos químicos. Solo recientemente se han denunciado los fiascos, bajo el lema *The business of birth control*. Este es el título de un crítico documental[3] que, después de seis décadas de existencia de la píldora, destapa la información que estaba oculta en el negocio del control de la natalidad. Este movimiento emergente fue un tronco común en el que se aliaron muchas víctimas y montones de voces lideradas por Abby Epstein y Ricki Lake. Exponen las estructuras de poder desarrolladas por el complejo industrial de la salud reproductiva.

Hay toda una nueva generación que busca alternativas naturales, multifactoriales y ecológicas a la píldora, y denuncia diversos atropellos que este espectacular negocio mundial había originado.

Debe reconocerse que la mentalidad que introdujo la píldora hace sesenta años trajo ciertas consecuencias indeseables. No puede olvidarse que son enormes las ganancias de algunos sectores de la *Big Pharma*, gracias a las hormonas femeninas. Han sido su gallina de los huevos de oro.

¿Cómo conciliar todo esto a la luz de los conocimientos de la epidemiología y la ciencia médica actual? Las lecciones científicas aprendidas sobre la terapia hormonal sustitutiva —que usaba estas mismas hormonas, pero con otra formulación— resultaron muy instructivas. Se vendían estas hormonas con el nombre de Premarin® y con el sugerente eslogan de que permitirían a la mujer menopáusica

mantenerse siempre femenina y joven (*Feminine Forever*).[4] Todo gracias a esta química sexual.[5] La realidad fue otra.

El Premarin era una terapia hormonal sustitutiva con estrógenos para la menopausia. Fue uno de los fármacos más vendidos en la historia. De hecho, hacia 1995 era el fármaco más vendido en Estados Unidos. Es conocido que el mejor mercadeo para un fármaco es inventarse una enfermedad y hacer mercadeo de ella. Se trataba de inventarse una enfermedad para tener clientes de por vida sin necesidad de estar enfermas. Se inventó entonces que la menopausia (algo absolutamente esperable y normal) era *una enfermedad* y había que medicarse. Se convertía a las mujeres menopáusicas en pseudoenfermas. Pero medicar a mujeres sanas trajo riesgos.[6] Inicialmente se comprobó que estas hormonas multiplicaban por cinco el riesgo de cáncer de endometrio (pared interna del útero). No se dejaron de usar, sino que se combinaron los estrógenos con progestágenos y con esto ya no aumentaba el riesgo de cáncer de endometrio. Pero entonces aumentaba ligeramente el de cáncer de mama. En apariencia, este mayor riesgo de cáncer de mama se compensaba con un *menor* riesgo de enfermedad coronaria (infartos de miocardio y muertes súbitas). Pero cuando se hicieron mejores estudios (ensayos con diseño aleatorizado, es decir, asignando *al azar* a unas mujeres a tomar hormonas sustitutivas en la menopausia y a otras no) sus resultados demostraron que el Premarin tenía también *mayor* riesgo de infartos. Al mayor riesgo de cáncer de mama se sumaba el de infartos. Éramos pocos y parió la abuela. Y este era el diseño de investigación más fuerte que podía hacerse en medicina. Fue un jarro de agua fría para el negocio del Premarin.

La puntilla científica al milagro químico de la terapia hormonal la dio en 2002 este gran ensayo aleatorizado de prevención primaria. Se denominó *Women's health initiative*. Incluyó a más de 16 000 mujeres repartidas al azar en dos grupos, unas que tomaban hormonas y otras que no las tomaban. Tuvo que detenerse prematuramente al observar un mayor riesgo de cáncer de mama (un 26 % más en términos relativos) con hormonas que con placebo. Pero también había incrementos relativos importantes y significativos del riesgo de infartos de miocardio (29 % más con hormonas), infartos cerebrales (41 % más con hormonas), trombosis venosas y embolias pulmonares (113 % más).[7]

Muchos millones de dólares se habían invertido en estas hormonas. Aunque lo peor no era el coste monetario, desde luego, sino las muchas vidas que se perdieron: no solo se habían tirado a la basura esos millones de dólares, sino que probablemente habían hecho

que se gastase todavía más en tratar los cánceres de mama, infartos y embolias causados por esas mismas hormonas en varias décadas. Uno de los mayores fiascos de las «medicinas preventivas». Como es natural, tras esta incontrovertible prueba (ensayo aleatorizado), los médicos decidieron reducir drásticamente el uso de hormonas. Aunque hay ahora un movimiento entre ginecólogos para usarlas por poco tiempo en casos concretos (nunca de modo generalizado), la norma establecida es que no se debe aplicar ya el tratamiento rutinario con estas hormonas en la menopausia.[8]

Pero se siguen usando abundantemente hormonas de la misma familia por una gran mayoría de mujeres en edad fértil. No son otras hormonas. Son *las mismas*. Eso es precisamente lo que contienen las famosas píldoras, es decir, los contraceptivos hormonales más usados: son combinados de estrógenos y progesterona, lo mismo que el dichoso Premarin, pero con otras dosis. No se entendía que después de estos hallazgos científicos basados en las evidencias más fuertes se siguieran prescribiendo generosamente estrógenos y progesterona, también en la menopausia, pero, sobre todo, en las píldoras anticonceptivas. ¿Cómo pudo suceder esto?

Se supo que la industria farmacéutica utilizó con las hormonas tipo Premarin la fraudulenta práctica de la escritura fantasma (*ghost writing*)[9] para intoxicar a la opinión científica. La práctica del *ghost writing* consistió en que hubo empresas que escribieron por encargo de la compañía farmacéutica Wyeth artículos favorables a su producto. Estas empresas encargaban a autores invisibles (y bien pagados) que escribiesen los artículos y consiguieron que fuesen firmados no por ellos, sino por otros especialistas más conocidos (que solo ponían su nombre, pero que no los habían escrito). Estos artículos cantaban solo las excelencias de las hormonas, pero se callaban sus riesgos. Y también consiguieron publicarlos bien en conocidas revistas científicas. Todo esto está bien documentado, por ejemplo, en el estudio que publicó Adriane J. Fugh-Berman, de la Universidad de Georgetown, en la revista *Plos Medicine*.[10] Un fraude total. Pero tales sectores de las grandes farmacéuticas no estaban dispuestos a perder sus suculentos beneficios.

El sueño de ciertas empresas farmacéuticas ha sido hacer medicamentos para personas *sanas* y vendérselos a todas, sin necesidad de esperar a que estuviesen enfermas. Así no habría límites en su *nicho de mercado*. No hacía falta estar enfermo para consumirlos. Se toman a diario y *no curan nada*. Esos sectores de la industria quieren funcionar como una multinacional de chicles o de refrescos. Pero un fármaco no es un chicle. Todo fármaco puede dañar. Nada es

tan rentable como tener a personas sanas convertidas en pseudoenfermas. *Necesitan* su dosis de fármaco cada día, durante años y años. Como no curan nada, no los dejarán de usar. Se les ha creado esa necesidad artificialmente. Sin que se den cuenta. Mejor si lo paga papá Estado. Así tampoco se darán cuenta de cuánto les está costando.

Ya se sabe a ciencia cierta lo que sucedió con el Premarin (terapia hormonal sustitutiva). Pero lo peor es que las dosis difieren y *cuantitativamente* los anticonceptivos son mucho más fuertes que el Premarin. Es lógico. Es necesario que tengan más potencia hormonal, ya que no pretenden sustituir, sino *anular* la función ovárica de la mujer por retroalimentación negativa. Por eso, los anticonceptivos son unas seis veces más potentes que las hormonas usadas en la menopausia.[11] Son unas hormonas primas hermanas de las del Premarin. Pero son sus parientes más fortachonas.

Desde el punto de vista comercial —exclusivamente comercial—, vender fármacos para curar enfermedades no es un gran negocio. Primero, porque los enfermos son solo unos pocos en el conjunto total de la población. Segundo, porque una vez que ese medicamento los cura, ya no necesitan comprarlo nunca más. Por contra, el arsenal químico de hormonas femeninas usadas como fármacos para mujeres totalmente sanas resulta un mercado muy lucrativo.

La menopausia, que es algo natural, se medicalizó y así pudieron venderse fármacos a millones. Esta fue la estrategia comercial que se siguió en el siglo XX con el Premarin. Realmente su nombre significaba *PREgnant MAre uRINe* (orina de yegua preñada), ya que el laboratorio farmacéutico Wyeth, que estaba detrás del negocio, se dio cuenta de lo barato que resultaba obtener hormonas femeninas de la orina de yeguas embarazadas. Se trataba de los estrógenos equinos conjugados (*conjugated equine estrogens* o CEE*)* que han ocupado muchas páginas en los libros de Farmacología. Una sola yegua proporcionaba suficiente dosis en su orina como para tratar a ciento cincuenta mujeres. Materia prima barata. Baratísima. Negociazo. Esta estrategia de medicalizar la menopausia y promocionar la terapia hormonal sustitutiva tuvo mucho éxito comercial. Las ganancias de Wyeth fueron multimillonarias.[12, 13]

Wyeth también usó sus habilidades de extracción de hormonas femeninas para convertirse en un gran promotor de las píldoras contraceptivas. No es descartable que sea el márquetin y los fuertes intereses comerciales unidos al negocio de la contracepción los que expliquen que hoy en día se etiquete de «conservador», «moralizante» o «retrógrado» a todo aquel que desee poner un poco de orden racional en este tema. **Desde el feminismo se lleva ya tiempo denunciando**

el gran negocio que suponen las mujeres para la industria farmacéutica. Hoy día, se planta cara al negocio multimillonario de los «fármacos para personas sanas», desde muchos movimientos y *start-ups* feministas, que apuestan por la educación en el ciclo femenino para sustituir la contracepción hormonal. Se están difundiendo cada vez más las aplicaciones para controlar temperatura, periodo y otros aspectos que permiten que sea la mujer quien se capacite para conocer y gestionar su fertilidad, sin exponerse ni tener que depender de unos fármacos o dispositivos invasivos, que tienen contraindicaciones conocidas y efectos secundarios bien cuantificados hoy por la mejor epidemiología. Pero los conflictos de interés, las influencias sesgadas de unos sectores todopoderosos de la *Big Pharma* intentan (y muchas veces consiguen) apagar estas evidencias científicas.

Mientras tanto, seguirá entrando cómoda y mansamente el flujo de millones de dólares en las arcas de la industria. Un gran recurso de manipulación terminológica de esta industria es tachar de *moralina* o de *ideología* a todo lo que pueda arruinarles sus pingües ganancias, por bien fundamentado que esté científicamente. Lo interesante para esta gigantesca fuerza capitalista es que nadie diga ni «mu» y no haya quien ose llevarle la contraria al negociazo de la anticoncepción. Poderoso caballero es don dinero. Pero la base del problema es clara y transparente como el cristal. Al recurrir a los métodos técnicos de contracepción hormonal en las relaciones sexuales se busca técnicamente prescindir de la posible descendencia. Este comportamiento tiene mucho que ver con el problema de los hijos no previstos, que aparecen cuando falla la técnica, que falla, como muestran los estudios científicos al respecto.[14]

En todo caso, estas hormonas han contribuido a que la difusión de la *mentalidad anticonceptiva* haya sido enorme. Se ha tildado a la píldora contraceptiva, aparecida por primera vez en los años sesenta del siglo pasado, de «catalizador» de la revolución sexual.[15] **La píldora supuso un vuelco radical en el papel de la profesión médica. Se habían aplicado hasta entonces los fármacos para tratar a personas con enfermedades orgánicas. En cambio, con la píldora se aplicaron por primera vez de forma masiva fármacos a mujeres totalmente sanas**, con el consiguiente lucro de las empresas farmacéuticas que veían cómo prodigiosamente se extendía su clientela potencial. Este fue el primero de una serie de fármacos usados masivamente con finalidades preventivas («medicinas preventivas») y que incrementaron todavía más el lucro de estas empresas. Luego se ha visto que las tales «medicinas preventivas» pueden acabar siendo en muchas ocasiones un espejismo que distrae de la verdadera Medicina Preventiva, con

mayúscula y en singular, que es la que no se apoya en fármacos, ni en sus intereses comerciales, sino en estilos de vida, dieta adecuada y cambios de conductas. Lo peor de todo es que hoy día en los ambientes médicos[16] les tengamos que repetir a las pacientes frases como la siguiente: «Oiga, que yo sepa, el embarazo no es ninguna enfermedad».

Es lamentable que haya que llegar a decir esto. No sobra. Hoy día se enfocan muchas conversaciones sobre el embarazo como si se tratase de un tumor, una infección u otra enfermedad de la peor clase que puede sucederle a una mujer. Una mujer embarazada ni es una enferma ni una pseudoenferma. La medicina preventiva está para prevenir enfermedades y no para impedir las funciones normales del organismo. Paradójicamente, y en contra de los argumentos que se esgrimieron para promocionarlos, los contraceptivos también han acabado contribuyendo a *engañar a la mujer*. Micaela Menárguez, profesora universitaria en Murcia, hacía este interesante comentario:

> La píldora anticonceptiva ha liberado al varón para que haga con la mujer lo que le da la gana y la use, no la ame.
>
> Y esto es terrible porque la mujer se ha tomado la píldora pensando que ella era la que se liberaba, cuando lo que ha liberado es a todos los varones que tenía alrededor para que tengan relaciones sexuales con ella sin ningún tipo de responsabilidad ni de autocontrol.[17]

Vacuna de Astra-Zeneca, trombosis y hormonas

Con los anticonceptivos no se ha hecho nunca un gran ensayo a largo plazo, con asignación al azar, como el que se hizo con el Premarin. Quizás nunca se haga porque, además de las enormes dificultades técnicas, probablemente, no resultaría ético.

Pero los estudios epidemiológicos observacionales de alta calidad son la mejor evidencia científica disponible y constatan que estos anticonceptivos hormonales, como era de esperar, aumentan de forma importante el riesgo de cáncer de mama, de cáncer de cuello de útero y de problemas cardiovasculares graves (trombosis arteriales y venosas, infartos de miocardio e infartos cerebrales). También es cierto que *reducen* el riesgo de cáncer de ovario de manera sustancial —no hay ninguna duda al respecto— y también algunos estudios, no todos, encuentran que con ellos se disminuye un poco el riesgo de cáncer de endometrio (pared interna del útero). No debe olvidarse, por otra parte, el mayor riesgo de cáncer de hígado que se asocia al uso de contraceptivos.

Hay que hacer dos matizaciones, la primera es que estos estudios

observacionales no son tan fuertes para extraer conclusiones de causa-efecto como los ensayos con asignación al azar; la segunda es que también hay algunos estudios observacionales que no aprecian efectos adversos fuertes de los contraceptivos sobre el cáncer o la enfermedad cardiovascular. Pero la mayoría sí encontraron estos efectos perjudiciales, sobre todo los más recientes, mejor diseñados y que estaban libres de influencias de la industria farmacéutica.[18]

Mientras conjuntamente los dos principales cánceres femeninos (mama y cuello de útero) son responsables del 4 % de las muertes en mujeres de todas las edades, las dos principales enfermedades cardiovasculares (infartos cerebrales y de miocardio) causan en el mundo nada menos que el 30 % de todas las muertes de mujeres. Estos riesgos son los más fuertes y aumentan al usar la píldora. Y cada día, millones y millones de mujeres se exponen a una causa demostrada de estas cuatro mortíferas plagas de cáncer e infarto. ¿No parece lógico que la medicina preventiva deba hablar bien clarito de esto? Pero muchos callan. Y hablan de otras cosas. Desgraciadamente, decir esto parece tabú. Es *sexy* y no debería mencionarse. Si lo mencionas, probablemente te censure alguien.

Son abundantes, en cambio, las voces que se quejan de que vivimos en un mundo artificial, que puede asfixiar a la naturaleza con todo tipo de artefactos, compuestos alimenticios ultraprocesados cargados de aditivos, productos orgánicos persistentes que entran en la cadena alimentaria y multitud de otros contaminantes. El crecimiento de la tecnología, que aporta tantos beneficios, no ha venido acompañado del respeto al medioambiente ni del crecimiento de la felicidad. La abundancia de depresiones lo constata. La sensibilidad ecológica ha ayudado a respetar más la naturaleza. Darle prioridad a la sostenibilidad del planeta representa un gran avance. Excepto en lo que se refiere al cuerpo de las mujeres, al que se han destinado arsenales químicos de hormonas exógenas que no la han beneficiado, sino que la han expuesto a más y más riesgos. Esto sucedía a pesar de que existían alternativas exentas de contaminantes químicos y de hormonas exógenas que eran absolutamente respetuosas con el medioambiente y *eco-friendly,* también con el cuerpo de la mujer.

Cuando un epidemiólogo desvela efectos secundarios graves de anticonceptivos hormonales (o cuando una película los deja al descubierto), aparecen inevitablemente publicados comentarios de ginecólogos clínicos o de otros profesionales en defensa de la píldora. Sorprende que pase esto. Suelen coincidir en los siguientes puntos:

- Repetirán que después de sesenta años de experiencia y de muchos millones de mujeres usándolos, puede afirmarse definitivamente que los contraceptivos hormonales son medicamentos de muy bajo riesgo. Pero no darán ningún dato epidemiológico, no citarán ningún estudio, no proporcionarán criterios de causalidad, no darán riesgos relativos, ni menos aún sus intervalos de confianza.
- Afirmarán rotundamente que, según todos los argumentos que se puedan aportar desde el punto de vista científico y de los datos, los anticonceptivos deberían ser de venta libre, sin receta, porque son tan seguros o más seguros que casi todo lo que se puede comprar en una farmacia. Pero no mostrarán ningún estudio comparativo, callarán las cantidades mil millonarias que la *Big Pharma* ha tenido que pagar para compensar a chicas que se han quedado paralíticas o han sufrido infartos o embolias, u otros daños severos.[19] No ofrecerán estimación alguna del número de cánceres de mama atribuibles. Silenciarán que jamás un oncólogo daría estas píldoras a una mujer con un cáncer de mama incipiente, *etc.*
- Criticarán que dedicarse a denostar métodos, como las píldoras contraceptivas, que son «seguras y efectivas y que son queridas por muchas mujeres», parece que esconde sobre todo una agenda política o ideológica, más que una preocupación real por la mujer, su libertad y sus decisiones. Pero no desvelarán su propia agenda, ni dirán a cuántos congresos les han llevado de la mano o cuántas prebendas les ha regalado la *Big Pharma*, que se hace de oro vendiendo estas píldoras.
- Se quejarán de que toda esta charlatanería sobre efectos adversos de la píldora e interés monetario alejará a las mujeres de los métodos anticonceptivos más eficaces y más usados. Expresarán que temen que, si se empieza a correr la voz de que son peligrosos y son una estafa, muchas mujeres acabarán por decidir que no quieren usar nada de eso. Expresarán su temor de que los embarazos no deseados serán absolutamente catastróficos y sus efectos adversos serán peores que los de la píldora. Pero no mencionarán ningún estudio epidemiológico a largo plazo, bien realizado y libre de intereses económicos, donde se analice en serio esa comparación.
- Defenderán la píldora como el mejor método para que las mujeres no tengan que recurrir al aborto, pero se olvidarán de que la realidad epidemiológica es que a medida que se usó más la píldora no hubo menos, sino *más* abortos (ver más adelante).

- Argumentarán que, a pesar de que los riesgos relativos son elevados, los riesgos *absolutos* son bajos y es muy raro que una mujer desarrolle uno de estos infartos, embolias o cánceres. Pero no aplicarán este mismo argumento ni al tabaco pasivo, ni al consumo de alcohol, ni a la comida basura, donde la norma es tomar medidas de salud pública con riesgos absolutos bajos, con tal de que haya riesgos relativos significativos. La excepción a la norma en salud pública y epidemiología parece que solo se permite en lo que es *sexy*.

Cuando se leen tales alegatos a favor de la inocuidad de los contraceptivos hormonales, no se puede olvidar lo largos que son los tentáculos de ciertos sectores muy poderosos de la *Big Pharma*. Es un pulpo que llega a todas partes.

El hecho es que el uso masivo de contraceptivos hormonales combinados trajo complicaciones y están apareciendo nuevos riesgos de esta *anulación* de una función que es *absolutamente normal* en la mujer. La bomba química que son los contraceptivos artificiales no es lo más ecológico. Aquí hay otro ejemplo patente de cómo actúa la Nada. Logró que un órgano redujese «a la nada» su función: el ovario. No parece que esto esté muy a favor de la mujer. No pueden abolirse durante años las funciones de los ovarios y que los fármacos culpables (y sus mercaderes) se vayan de rositas. No se le puede congelar su ovario, así, sin más, a tantos millones de mujeres, y luego esperar que no pase nada.

Saltó una grave alarma social cuando se empezó a usar la vacuna de Astra-Zeneca en 2021 para combatir la plaga de covid-19. Se produjeron entonces unos pocos casos de trombosis graves en personas vacunadas. Eran trombosis que ocurrían en combinación con trombopenia (bajada de plaquetas en sangre) y afectaban a los senos venosos cerebrales, venas del abdomen o producían trombosis arterial. Los casos se identificaron mayoritariamente en mujeres menores de sesenta años en las dos semanas posteriores a la administración de la primera dosis de la vacuna.[20] En algunos portales de internet apareció una comparación que no debió alegrar a los vendedores de contraceptivos, pero que era absolutamente real.

- Riesgo (por millón) de trombosis con vacuna de Astra-Zeneca: de 10 a 20.
- Riesgo (por millón) de trombosis con contraceptivos: de 680 a 1600 (cada año).[21]

Lo peor es que ese riesgo se acumulaba y se sumaba año a año en las usuarias de contraceptivos hormonales.[22] Ahí quedaba eso. No era una lotería a la que se jugase una vez, sino que se repetía sin cesar. Mucho va el cántaro a la fuente…

Los riesgos de trombosis con la vacuna de Astra-Zeneca son mínimos, pero el mejor resumen de *todo* lo investigado sobre la píldora y la trombosis venosa fue realizado por la colaboración Cochrane, se publicó en 2014, y concluyó lo siguiente:

> La incidencia de trombosis venosa en las mujeres que no usaban contraceptivos fue de 0,19 y 0,37 por mil personas/año, en consonancia con las incidencias comunicadas anteriormente de 0,16 por mil personas/años. El uso de anticonceptivos orales combinados aumentó el riesgo de trombosis venosa en comparación con la no utilización (riesgo relativo 3,5; intervalo de confianza del 95 %: 2,9 a 4,3).[23]

Traduciendo estos riesgos a casos por millón cada año se estimaría que se multiplican por 3,5 veces en las usuarias de contraceptivos respecto a la incidencia de base (no usuarias). Por lo tanto, en las mujeres que toman la píldora se producirían entre 665 y 1295 casos de trombosis venosa cada año por cada millón de mujeres (aproximadamente una de cada 1000 cada año). En cambio, con los datos disponibles hasta enero de 2022, el Sistema de Notificación de Eventos Adversos a las Vacunas en Estados Unidos identificó cincuenta y cuatro casos de trombosis entre más de catorce millones de receptores de la vacuna de Astra-Zeneca, una incidencia de 3,8 casos por millón (aproximadamente uno de cada 263 000) y esta incidencia fue algo superior, de entre 9 y 10,6 casos por millón de dosis para las mujeres de entre treinta y cuarenta y nueve años. Compárese: mil casos por millón con contraceptivos y diez casos por millón con vacuna. Pero fue inmensamente superior en su día la alarma social con la vacuna y se ha venido silenciando el riesgo con los contraceptivos. La publicación de la colaboración Cochrane continúa afirmando que

> se realizó un metaanálisis[24] (…) basado en veintiséis estudios epidemiológicos. En general, el uso de anticonceptivos orales combinados multiplicó por cuatro el riesgo de trombosis venosa. La incidencia notificada de trombosis venosa en las no usuarias estaba en consonancia con la literatura. Se observó que todas las generaciones de progestágenos se asociaban a un mayor riesgo de trombosis venosa y que las usuarias de tercera generación presentaban un ligero aumento del riesgo en comparación con las de segunda generación. Todos los tipos individuales de anticonceptivos orales combinados aumentaron el riesgo de

trombosis en comparación con las no usuarias en más de dos veces.

Las píldoras de tercera generación son más actuales, pero resultan *peores* para el riesgo de trombosis. Felicitas Rohrer, una chica alemana de veinticinco años, es una de las muchas chicas jóvenes que sufrió una embolia. Padeció un colapso y tuvo una larga parada cardiaca tras una embolia de la arteria pulmonar atribuida por sus médicos al contraceptivo que estaba tomando (píldora actual típica, que combina estrógeno con progestágeno de última generación). Felicitas demandó a la empresa farmacéutica, como muchas otras mujeres han hecho en Francia y en EE. UU.[25] Pero esto era solo el riesgo de trombosis *venosas*. Había otras trombosis que eran *arteriales* y eran *más graves* todavía. Son las causantes de accidentes vasculares cerebrales e infartos de miocardio. Ya en 2012 no había ninguna duda de que los contraceptivos hormonales las causaban y presentaban los siguientes riesgos *absolutos* al año:

- Riesgo de 151 por millón para trombosis cerebral con combinación más benigna.
- Riesgo de 37 por millón para infarto de miocardio con combinación más benigna.[26]
- Riesgo de trombosis *arterial cerebral*: 587 por millón si contenían levonorgestrel.[27]
- Riesgo de infarto de miocardio: 661 por millón si contenían levonorgestrel.

Eran riesgos que se acumulaban cada año. Lo más importante fue que la revisión sistemática más solvente y autorizada científicamente —recogía todo lo investigado hasta entonces en epidemiología sobre contraceptivos e infartos cerebrales o de miocardio— concluyó en 2015 que tomar un contraceptivo hacía que el riesgo de infarto aumentara en un 60-70 % relativamente respecto a las que no estaban expuestas a estas bombas químicas. Estamos hablando de los riesgos de la principal causa de muerte en el mundo.[28]

¿No parece que habría que hacer menos caso de esas voces aduladoras y complacientes con los intereses comerciales de la *Big Pharma* y atenerse en cambio a este gran cúmulo de evidencia científica que ha proporcionado la epidemiología y que está libre de interés comercial alguno? Estas valoraciones del riesgo de infartos y derrames cerebrales proceden de la revisión sistemática más autorizada. La realidad epidemiológica es esta y no otra.

En agosto de 2020 se supo que los efectos adversos de contraceptivos llevaron a la empresa Bayer a tener que pagar una compensación de más de 1500 millones de dólares a las mujeres de EE. UU. que habían sufrido todos estos daños vasculares y habían demandado a este gigante farmacéutico. Una gigantesca empresa privada tan enfocada a las ganancias nunca pagaría esta astronómica cantidad si el daño no fuese real. Recuerda a lo que pasó con la *Big Tobacco*. No extraña que luego surgiese el documental titulado *The business of birth control*, antes comentado.

Hormonas, cáncer de mama y otros efectos

[CUANDO MANOLO, CAMILO Y JORDI CRUZARON EL CHARCO]

La Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (IARC) de Lyon, la más solvente sobre el tema, concluyó que, aunque no haya riesgo asociado a contraceptivos para los cánceres de endometrio y colorrectal, y aunque los contraceptivos *prevengan* el cáncer de ovario, sí que existen pruebas suficientes en personas humanas de la *carcinogenicidad* demostrada de los anticonceptivos combinados (estrógenos y progesterona). La declaración concluía que *era definitivo* que aumentaban el riesgo de cáncer *de mama, de cuello de útero y de hígado*. Por eso la IARC los clasificó como carcinógeno grupo 1. La peor clasificación posible.

Pero, lamentablemente, se siguen usando desenfrenadamente, incluso para tratar problemas variados como el acné en adolescentes o irregularidades en el ciclo, sin averiguar antes su causa. Los mercaderes, vendedores de hormonas, y quienes les bailaban el agua, obviaron todo lo demás y parecían negar todo esto (o le aplicaban la cultura de cancelación) mientras se desgañitaban en destacar que los contraceptivos hormonales *previenen el cáncer de ovario*. Sí, es cierto. Lógico. Dejan al ovario en dique seco. Lo que no se mueve, no muta. Lo que no muta no será propenso a generar cánceres. Algo análogo podría sucederle al endometrio, esa pared que tapiza el útero por dentro. Pero el balance es desfavorable, ya que el cáncer de mama es la *principal* causa de muertes en mujeres jóvenes y las enfermedades cardiovasculares son las principales causas de muerte en la mujer al sumar todas las edades. En cambio, aunque el cáncer de ovario sea un grave problema de salud, su frecuencia es relativamente mucho menor. Esto no se puede olvidar. El de mama es el tipo de cáncer más frecuente, con más de 2,2 millones de casos diagnosticados en 2020, según la OMS.[29]

A lo largo de su vida, aproximadamente una de cada doce mujeres en el

mundo padecerá un cáncer de mama, pero en España este riesgo sube y serán una de cada ocho españolas las que lo padecerá en algún momento de su vida. Solo siete de cada ocho se librarán de él.[30] **No parece lo más saludable que una gran mayoría de mujeres se estén exponiendo a un factor hormonal que aumenta este riesgo.** Sorprende que fuesen tan pocas las voces que se atrevieron a hablar de esto. El cáncer de mama es una causa principal de mortalidad prematura en las mujeres.[31] Los sectores de la *Big Pharma*, que vendían contraceptivos, hacían mucha propaganda de la reducción del cáncer de ovario y de endometrio (en total 4 % de las muertes), pero *censuraban* el aumento del riesgo de cáncer de mama y de cuello uterino (18,8 % de las muertes). Una clara manipulación de la información.[32] Lo que interesaba era seguir vendiendo hormonas al por mayor. El cáncer de mama, altamente susceptible al efecto de las hormonas, estaba creciendo de manera vertiginosa en todo el mundo, con un ritmo medio de incremento de mortalidad mundial de casi el 1 % más año a año desde 1990 a 2020. Era el cáncer que globalmente se diagnosticaba más y la principal causa de años de vida perdidos en la mujer.[33] **La mortalidad por cáncer de mama en el mundo creció desde unas 250 000 muertes en 1980 a cerca de 700 000 hacia 2020.**[34]

Cada quince minutos una mujer española recibía este lacerante diagnóstico. Y casi siempre, en ese momento, se le venía el mundo encima. ¿Por qué se hablaba tan poco de uno de sus principales determinantes? Los cánceres de mama crecieron especialmente en las mujeres menores de cuarenta y cinco años.[35] El cáncer de mama es una enfermedad que depende mucho de la exposición a hormonas femeninas. Es bien sabido que una mujer cuyo ovario no produzca dichas hormonas, y que tampoco las reciba externamente, *no* desarrollará ese cáncer. Es más, hay tres factores que son determinantes del riesgo y que están relacionados con una mayor exposición endógena a estas hormonas. Estos tres factores son tener pronto la primera regla (menarquia precoz), llegar más mayor a la menopausia (menopausia tardía) y tardar mucho en quedarse embarazadas por primera vez (edad tardía del primer embarazo a término). Cuanto más precoz sea la primera regla, más tardío el primer parto a término y más se retrase la menopausia, más riesgo tendrá una mujer de desarrollar este cáncer. Estos tres factores explican el 70-80 % de la ocurrencia del cáncer de mama en el mundo. Tener pronto el primer hijo protege mucho.[36]

No solo vivimos en una cultura (en todos los sentidos, incluso laboral) que no facilita el desarrollo profesional de la mujer y la conciliación familia-trabajo, sino que además hace que les aumente el riesgo de desarrollar cáncer. La incorporación de la mujer al mundo laboral, que tantos bienes ha logrado, debe acompañarse de una protección muy especial a las

mujeres que deseen ser madres. No se les puede obligar nunca, más o menos implícitamente, a retrasar la maternidad por razones laborales. Es su decisión y deben sentirse con total libertad en un sentido o en otro. El hecho es que cuanto mayor sea la exposición a hormonas femeninas, más riesgo tendrá la mujer. Por eso, a ningún oncólogo en su sano juicio se le ocurriría darle a una mujer con cáncer de mama una combinación de estrógenos y progesterona, como la que tiene la píldora. Podría estar condenándola a morir.

Hay que tener en cuenta que, simplificando mucho, podría decirse que nuestro cuerpo está continuamente desarrollando células que se desmadran y empiezan a comportarse como minicánceres. Cada día tenemos trastornos celulares de este tipo. Células que proliferan anárquicamente e intentan invadir otros tejidos. Si se las dejase seguir así producirían un cáncer. Pero también tenemos un sistema inmunitario que hace de estricto vigilante y enseguida las localiza y las anula. Es un cuerpo de policía eficaz. Cuando se superan las capacidades de esta unidad de policía para mantener a raya a las díscolas células malignizadas, entonces surgen los cánceres invasivos.

Darle hormonas femeninas exógenas a una mujer es incentivar y hacer que proliferen las células desmadradas e invasivas. Echarle gasolina al incendio. Por eso, cuanta más exposición haya a estas hormonas de las píldoras, más aumentará el riesgo de un cáncer de mama invasivo. Lo mismo pasa con el cáncer de cuello de útero. Varios estudios en modelos animales (roedores, perros, monos) también habían hallado que esas hormonas contenidas en los contraceptivos son carcinógenos y producen cáncer de mama. Estas razones explican por qué la IARC clasificó a los contraceptivos como *carcinógenos demostrados*.[37]

Por otra parte, parece plausible asumir que habrá mujeres expuestas a contraceptivos que, por considerar este tema muy personal e íntimo, no lo declararán en los cuestionarios que se les hacen en los estudios epidemiológicos. Cuando sucede esto, tales mujeres que no han desvelado su exposición quedan incorrectamente clasificadas como «no expuestas». Los efectos que tales hormonas les producen se quedarán entonces enmascarados. Esto hace que yo, como muchos otros epidemiólogos, pensemos que el problema originado por las píldoras como causantes del cáncer de mama probablemente sea mucho más grave que lo que indican los estudios publicados, que se suelen basar solamente en lo que las mujeres desearon desvelar.

Por otra parte, retrasar el primer parto se ha hecho habitual. Esto conllevó que crecieran mucho las tasas de cáncer de mama. Una realidad sociológica que ni es machista ni debería molestar a nadie es

que parece como si un gran número de mujeres de veinte a treinta años tratasen de evitar *a toda costa* el embarazo. Pero, al cumplir los treinta, pasasen a intentar *a toda costa* tener su primer embarazo. Muchas veces esto está condicionado por un entorno laboral o por un jefe que es injusto, o por una falta de mecanismos estructurales que aseguren una buena conciliación.

Precisamente adelantar ese primer embarazo hubiese sido de los factores que más les habría reducido su riesgo de cáncer de mama. ¡Ay, si lo hubiesen adelantado! Pero cada vez las mujeres tienen más tarde su primer hijo y crecen las tasas de cáncer de mama. Hay ambientes donde no se permite desvelar está clara realidad epidemiológica. Quizás porque, al ser otro tema *sexy*, queda bajo *censura*. Deberían saberlo todas las mujeres: *adelantar el primer parto a edades más jóvenes previene a la larga el cáncer de mama*. Sí. No hay duda. Primero hay que saber que esto es así *a ciencia cierta*.[38] Luego que cada pareja tome libérrimamente sus decisiones. Pero antes debería conocer la realidad. Esta verdad no debería ser ningún secreto.

Millones de mujeres en el mundo utilizan anticoncepción hormonal (con hormonas femeninas, estrógenos y progesterona). En diversos países occidentales, más del 80 % de las mujeres en edad fértil los han utilizado en algún momento de sus vidas. Se estima que al menos unos ciento cincuenta millones de mujeres en el mundo están expuestas o se han expuesto a ellos recientemente. Los más consumidos son los anticonceptivos combinados que contienen estrógenos y progestágenos. Su alta eficacia con «perfecto» cumplimiento,[39] su reversibilidad y facilidad de uso explican su extensión masiva.

Esta extensión creció de manera proporcional al crecimiento del número de cánceres de mama. Hay grandes campañas publicitarias contra este tipo de cáncer, carreras y actividades solidarias, para recaudar fondos. Magnífico. Esta concienciación es fenomenal, pero podría no hacer tanta falta si se hubiesen desenmascarado las causas. La prevención primaria es lo prioritario. Parece el mundo al revés. Paralelamente al gran descenso de natalidad ocurrido en España, en esas tres o cuatro décadas de descenso brutal de fertilidad (1985-2020) también creció mucho la incidencia del cáncer de mama. Esta asociación temporal o geográfica no implica necesariamente una relación *causal*.

No obstante, los argumentos para esa relación se refuerzan si se tienen en cuenta, además, los resultados de los mejores estudios epidemiológicos a nivel individual y los grandes ensayos clínicos

(donde se asignaron al azar a unas mujeres a recibir estas mismas hormonas y a otras no). Estos ensayos son la mejor prueba para realizar inferencias causa-efecto y se hicieron con hormonas femeninas de menor potencia, como ya se ha explicado, para sustituir a las hormonas naturales durante la menopausia. Hubo significativamente *más* cánceres de mama en quienes se asignaron a hormonas. La necesaria participación femenina en el mundo profesional no tiene por qué acompañarse de una plaga de cánceres de mama. El problema, desde luego, no está en participar activamente y tener liderazgo en el mundo laboral, sino en atiborrarse de hormonas externas.

No quedan dudas del mayor riesgo de cáncer de mama que tienen las mujeres que usan anticonceptivos combinados (estrógenos y progestágenos). Esto estaba universalmente admitido desde hacía años. Este efecto se observaba sobre todo en mujeres menores de 35 años que habían comenzado a usar contraceptivos antes de los 20 años y antes del primer parto a término.[40] El riesgo de cáncer de mama es especialmente alto en las mujeres expuestas a contraceptivos durante varios años cuando son jóvenes y no han tenido todavía su primer parto.[41] En ellas, el tejido mamario no ha desarrollado todavía la diferenciación que ocurre con el primer embarazo a término y este tejido resulta más susceptible al desarrollo de tumores, como sucede con otras células del organismo que están indiferenciadas o solo están a medias en su proceso de diferenciación. El riesgo de cáncer de mama en mujeres que usan contraceptivos orales se incrementa en un 50 % si empiezan su uso a temprana edad, antes del primer parto y los usan al menos cuatro años.

Para mayor abundamiento, en diciembre de 2017 se publicó el mejor estudio epidemiológico disponible no solo para el cáncer de mama, sino probablemente uno de los mejores estudios que he visto en mi vida sobre la epidemiología del cáncer. Lo publicó la revista *top* de medicina (*The New England Journal of Medicine*).[42] Sus excelentes características metodológicas hicieron que este estudio fuese difícilmente superable en los próximos años. Se siguió prospectivamente a casi un millón ochocientas mil mujeres. Se observó un 20 % más de cáncer de mama en términos relativos en consumidoras actuales o recientes de contraceptivos que en no consumidoras, a igualdad de los demás factores. El exceso significativo de riesgo subía todavía más si los habían usado durante más tiempo, con un incremento relativo del 38 % si los habían consumido durante diez o más años. El riesgo elevado de cáncer de mama persistía después de dejar los contraceptivos, si estos se habían usado al menos cinco años. Los contraceptivos más recientes, al igual que los antiguos,

elevaban el riesgo. Ningún preparado contraceptivo estaba exento de este riesgo.

Algunos sectores de la comunidad científica reaccionaron a este sólido estudio con interpretaciones que pretendían ser conciliadoras con el negocio de esos sectores de la *Big Pharma* que venden contraceptivos («poderoso caballero…»). Pero lo que adujeron son excusas que resultan muy cuestionables desde una buena perspectiva de epidemiología y salud pública. Se achaca que el riesgo individual es pequeño.[43] El planteamiento de esa excusa es diametralmente opuesto a cómo se debe razonar en salud pública. La salud pública exige mirar al efecto poblacional, y no solo al individual, de un factor de riesgo. Si hay más de ciento cincuenta millones de consumidoras de contraceptivos en el mundo, cada año se estarían acumulando más de veinte mil casos nuevos de cáncer de mama atribuibles solo al uso de contraceptivos.

Pensar así, con perspectiva poblacional, es lo correcto y lo que se hace siempre en salud pública. Por ejemplo, para la exposición pasiva al humo del tabaco y el riesgo de cáncer de pulmón está claro que el riesgo individual es muy pequeño, pero al haber tantísimas personas expuestas a ese humo de segunda mano, el efecto poblacional es muy importante. Por eso se tomaron medidas de salud pública. ¿O es que cuando se trata de un tema *sexy* se deberían aplicar otros estándares? ¿Es que la ciencia dejará de estar vigente y los científicos hemos de someternos sumisamente al totalitarismo ideológico de las falacias de la revolución sexual global?[44]

Aunque es cierto que la píldora contraceptiva es un método altamente eficaz (cuando se toma según las dosis previstas), su eficacia no es del 100 % (casi nada en farmacología es 100% eficaz). Además, el cumplimiento no siempre es perfecto (a veces hay descuidos y se deja de tomar). Por eso, un porcentaje de mujeres usuarias habituales (o casi habituales) de la píldora acabarán quedándose embarazadas. Dada la mentalidad contraceptiva de base, un número de ellas acabará por recurrir al aborto, al considerarlo simplemente como un método contraceptivo más. Así parece haber ocurrido, según los datos epidemiológicos disponibles. Es una paradoja, pero tiene esta explicación. La píldora empezó a usarse en la segunda mitad del siglo xx. Resulta que, precisamente, desde entonces es cuando más crecieron los abortos. Algo que teóricamente iba a proteger a la mujer del embarazo no previsto, la ha conducido —contrariamente a lo imaginado— a tener más embarazos no previstos y a abortar más.[45] El número de abortos en el mundo creció desde que se generalizó la anticoncepción.

En mayo de 2021 participé en un estudio que fue liderado por el psiquiatra madrileño Miguel Ángel Álvarez de Mon. Valorábamos las actitudes más prevalentes en la población sobre los temas relacionados con la salud de la mujer. Analizábamos una amplia información de los contenidos al respecto presentes en la red social Twitter. No voy a entrar en más detalles, pero nos llamó especialmente la atención que **los contenidos que más se retuiteaban eran precisamente los relativos a los efectos adversos de los contraceptivos.**[46]

La realidad epidemiológica ha inquietado cada vez a más sectores de la población. En un macroestudio,[47] con casi medio millón de mujeres seguidas más de ocho años, se constató un fuerte aumento del riesgo de suicidio (y de intentos de suicidio) si usaban contraceptivos hormonales. Estos resultados eran coherentes con los efectos cerebrales de estas hormonas y con el mayor riesgo (especialmente en chicas más jóvenes) de desarrollar episodios de depresión cuando se exponían a la píldora.[48] Además del propio efecto sobre corteza cerebral, parte del daño a la salud mental podría atribuirse a la conducta sexual de algunas mujeres expuestas a la píldora desde jóvenes, pues presentan más frecuente cambio de pareja y más rupturas sentimentales dolorosas.

En relación con el más frecuente cambio de pareja asociado a usar contraceptivos, es interesante el comentario de Luc Montaigner. Se trata del premio Nobel de Medicina (2008) que descubrió el virus del sida. Con una sinceridad liberada de lo «políticamente correcto», declaró:

> Es posible que en el caso del sida se hayan creado condiciones para su desarrollo, como la promiscuidad o el libertinaje sexual. Si se hace historia se puede decir que el sida es el hijo de la píldora anticonceptiva (…).
>
> Es lo que pienso. (…) Hay que asumir las consecuencias de nuestros actos: no se puede hacer de todo impunemente. Lo cual no quiere decir que esté a favor de ninguna regresión. (…) No se puede ir todos los días a comer y a cenar a un restaurante de cinco tenedores porque acabamos con una cirrosis o con una indigestión. Los excesos se pagan siempre.[49]

Hay que reconocer que la píldora contribuyó a que en ciertos ambientes la riqueza de la sexualidad humana se devaluase para devenir en mero juego o pasatiempo. Esto trajo malas consecuencias. Una de ellas, como decía Montaigner, fue la difusión pandémica del sida en los 80 y en los 90.

Tanto el preservativo como la píldora se han acompañado del ya mencionado y bien conocido efecto en salud pública que es el de la «compensación de riesgos». Sentirse absolutamente inmune a los

embarazos imprevistos (porque se están tomando anticonceptivos, aunque el cumplimiento sea imperfecto) puede operar en contra de su propósito inicial. Un efecto búmeran, tan paradójico, parece que sucedió con el *incremento* de embarazos imprevistos y de abortos,[50] a pesar de aumentar el uso de píldoras contraceptivas (incluyendo la píldora del día después). De nuevo, parece que el fenómeno de compensación de riesgos contribuyó a explicar esta paradoja sorprendente.[51]

CASO CLÍNICO

Cuando Manolo, Camilo y Jordi cruzaron el charco

En 2018, Manolo, Camilo y Jordi eran tres alumnos que habían terminado solo su tercer curso de Medicina. Se fueron entonces a Centroamérica ese verano. Voluntariado. Aventura. Emoción. Rumbo a lo desconocido. Prácticas. Arrimaron bien el hombro en un hospital, que les dejaba poco tiempo libre para todo lo que no fuese medicina.

Muchas mujeres en edad fértil habían recibido tratamiento antes con Implanón en planificación familiar de ese hospital centroamericano. Una enfermera les había insertado a estas mujeres una varilla de Implanón en el brazo. La varilla queda sumergida bajo la piel y contiene una hormona llamada «etonorgestrel» (tipo progesterona, ver apartado siguiente). Tenían este dispositivo implantado antes de que ellos llegaran. Era una práctica muy habitual. La varilla permanecería bajo la piel del brazo unos tres años y les iba bombeando continuamente a la sangre la hormona contraceptiva.

A Manolo, Camilo y Jordi les tocó atender a muchas de estas mujeres jóvenes. Las chicas tenían una queja, que se repetía una y otra vez. A estas pobres mujeres se les estaba cayendo el pelo. El propio prospecto de Implanón lo afirmaba.[52] Esto les pasa hasta a una de cada diez mujeres a las que se les implantan estas varillas contraceptivas. No es ningún misterio. También sucede con otros contraceptivos hormonales (píldoras), especialmente si tienen alto índice *androgénico*. «Efecto androgénico» significa que producen efectos propios de hormonas *masculinas* (testosterona): caída del pelo, crecimiento de vello encima del labio, *etc.*

El problema se agrava más porque las píldoras de tercera generación, en las que se cambió ligeramente el tipo de hormona para reducir así su índice androgénico, resulta que son las que más riesgo de provocar trombosis tienen.[53] Antes del Implanón había otro dispositivo similar llamado Norplant, que tuvo que retirarse del mercado en 2012 por sus efectos secundarios.

Las mujeres no suelen abandonar la toma de píldoras anticonceptivas por temor a tener en el futuro un cáncer de mama o a que les dé una

trombosis. Aunque tal peligro sea más próximo de lo que parece y, sobre todo, mucho más grave, muchas de ellas tienden a verlo como algo remoto y solo poco probable. En cambio, la caída del pelo en mujeres jóvenes es uno de los principales motivos por los que dejan de usarlos. Otro es la ganancia de peso. También es frecuente que los dejen porque notan que se les reduce el deseo sexual, les producen dolores de cabeza o un estado de ánimo depresivo.[54]

A Manolo, Camilo y Jordi se les ocurrió convocar, a través de la dirección del hospital, a todos los médicos y enfermeras y prepararse una sesión clínica sobre las alternativas que hay a estos contraceptivos. Se trata de opciones que son más sanas, más ecológicas y respetuosas con la mujer (también son más baratas). Son aproximaciones médicas que se basan en los *fertility-awareness-based methods (FABM)* en vez de basarse en bombas químicas de hormonas (ver apartado siguiente).

La sesión clínica a cargo de estos tres pipiolos fue un éxito. Ahora, los verdaderos Manolo, Camilo y Jordi (que no se llaman así) ya no son tan jovenzuelos. Acabaron la carrera de Medicina en mayo de 2021, obtuvieron plaza en el MIR en 2022 y trabajan ya de residentes en diversos hospitales mientras escribo estas líneas.

A su sesión del 2018 asistió la directora del hospital. Unos meses después fue nombrada ministra de Sanidad de su país.

Las píldoras de generaciones más recientes (3.ª y 4.ª) tienen menor efecto androgénico (es decir, con efectos similares a los de las hormonas masculinas), con una reducción de inconvenientes a corto plazo que son molestos, como el aumento de peso, caída del pelo u otras características de virilización, pero producen *más* trombosis, especialmente trombosis venosas que traerán graves consecuencias.[55]

Efectos posfecundación

En principio, se tiende a pensar que los anticonceptivos hormonales actúan como anovulatorios, es decir, que congelan la función del ovario. Hacen que el ovario cese su producción de óvulos. Pero en cualquier facultad de Medicina se enseña que los anticonceptivos hormonales son también sustancias químicas que alteran artificialmente de tal manera el endometrio (la pared que tapiza por dentro el útero) que reducen la posibilidad de implantación de la recientemente formada vida humana. Es más, si se hubiese implantado el embrión, se producirá después una descamación (hemorragia por deprivación) al cesar la exposición a las hormonas (son los días en que se deja de tomar la pastilla o se toman píldoras inertes) y se perdería el embrión ya implantado.

Las altas dosis de estrógenos contenidas en las primeras píldoras, que se empezaron a usar hacen más de sesenta años, eran auténticas *bombas* hormonales y tenían, por tanto, una enorme capacidad para inhibir la ovulación. Su eficacia teórica era prácticamente del 100 % desde el día en que se introdujeron en el mercado. Otra cosa es su eficacia *práctica*, que siempre será menor por olvidos, confusiones, vómitos, diarreas, problemas de absorción…

La aprobación de la primera píldora contraceptiva por la FDA ocurrió antes del escándalo de la talidomida (un fármaco con graves efectos adversos que luego hubo que retirar). Si se hubiese presentado después, quizás la píldora no habría sido aprobada. Su desarrollo inicial estuvo movido —al menos parcialmente— por intereses eugenésicos y racistas (que los negros y los marginados tuviesen menos hijos). Además, los ensayos clínicos que se hicieron dejaron mucho que desear desde el punto de vista ético. Estos ensayos no se realizaron en Estados Unidos, sino en Puerto Rico, donde se administró a mujeres pobres una potente fórmula del fármaco sin informarles antes para nada de que estaban participando en un ensayo, ni de los riesgos que corrían. Tres mujeres murieron durante esta fase oculta del ensayo, pero sus muertes nunca se investigaron.[56]

Los principales riesgos, como el tromboembolismo (obstrucción que puede ser mortal de los vasos sanguíneos que abastecen al cerebro, el corazón o los pulmones), no fueron previstos por la FDA al aprobar la primera píldora. Pero pronto surgieron comunicaciones de casos graves en la literatura médica.[57] Hubo que esperar casi una década —en la que muchos millones de mujeres estuvieron expuestas — para demostrar este peligroso efecto de los anticonceptivos orales.[58] El estudio internacional de casos y controles dirigido por la OMS, libre de intereses económicos, y publicado en *Lancet* en 1997 encontró riesgos relativos en torno a cinco para el infarto de miocardio. Es decir, el riesgo se multiplicaba por cinco veces en usuarias de contraceptivos comparadas con no usuarias.[59] Pero la maquinaria financiera marchaba a todo trapo y parecía imparable.

A diferencia de lo que ha ocurrido con otros medicamentos, los cambios de composición química de los contraceptivos no se han debido a un afán de aumentar su eficacia, sino a intentar disminuir sus efectos secundarios.[60] Por eso, las dosis se han ido reduciendo continuamente, lo que paradójicamente ha hecho que quede en duda su capacidad para bloquear la ovulación. Existen los llamados «escapes ovulatorios». Esto significa que hay una nueva vida humana, que se produjo ya en la fecundación, pero se destruirá por tomar la píldora. Se detiene su desarrollo y el embrión muere.

Es instructivo conocer bien la diferencia entre el varón y la mujer en su funcionamiento sexual. El varón tiene una función sexual mucho más simple. Entre ambos testículos del varón adulto se producen *cada día* ciento veinte millones de espermatozoides.[61] Sí, cada día. En una producción que no cesa. Alguien ha definido a los espermatozoides como «los astronautas de la biología humana, las únicas células diseñadas para abandonar el cuerpo y explorar otros mundos».[62] Cuando en un hombre se produce una eyaculación, los espermatozoides son expulsados en el semen, a un promedio de veinticinco millones por mililitro de semen. Entonces son incapaces de fecundar el óvulo. Solo si entran en contacto con el tracto genital femenino y sus secreciones, se producen múltiples cambios en ellos que los *activan* para los procesos finales de fecundación. Estos cambios se denominan *capacitación de los espermatozoides*. Es decir, es la mujer quien los capacita. Normalmente, requieren de una a diez horas dentro del cuerpo de la mujer para capacitarse.[63] En esta capacitación se incluye la activación de un flagelo que posee el espermatozoide y que al activarse ejercerá un potente movimiento de latigazo para avanzar y subir hacia su destino y poder fecundar el óvulo. Le queda un largo trecho cuesta arriba por recorrer.

La función sexual en la mujer tiene unas características más complejas, delicadísimas y admirables. Cada mujer ya trae en su nacimiento el suministro total de óvulos para el resto de su vida. No podrá producir ninguno nuevo. Los que tiene son los que se produjeron mientras ella estaba todavía en el útero de su madre. Cada óvulo es un tesoro, un bien escaso, limitado a los que traía «de fábrica». Desde que nace ya solo los pierde, y, además, los va perdiendo, a marchas forzadas. Por eso, la principal causa por la que muchas mujeres no pueden tener hijos es que cuando se ponen a intentarlo, ya es tarde, porque se les han gastado la mayoría de sus óvulos. En una chica joven, de quince a veinticinco años, por lo general, será facilísimo que se produzca el embarazo. ¡Zas! Exagerando un poco, podría decirse que sucede en cuanto unos pocos espermatozoides se le acercan. En cambio, en una mujer de treinta y siete a cuarenta y siete años será mucho más difícil el embarazo, a pesar de muy repetidas relaciones sexuales para intentarlo. Con las técnicas de reproducción asistida en esas edades avanzadas, los éxitos suelen quedar muy por debajo del 10 %.

Cuando la chica era un feto intrauterino de veinte semanas y no pesaba más allá de los cien gramos, poseía nada menos que seis millones de óvulos; pero perdió la mayoría en su vida intrauterina y se quedó con un millón en el momento de nacer. Continuará perdiendo

óvulos a lo largo de toda la vida. Al llegar la pubertad le pueden quedar entre trescientos mil y quinientos mil. Cuando alcanza la edad de ser madre, ya suele tener unos ciento ochenta mil. Pero pocos de ellos maduran. La mayoría degenerarán sin madurar. Los óvulos se encuentran en unos folículos (como pequeños globos o sacos de células) que forman el ovario y que, cuando maduran, expulsan el óvulo. Esto es lo que se llama «ovulación» y suele ocurrir a la mujer en edad fértil cada veintiocho días aproximadamente, a mitad de distancia entre cada dos menstruaciones (esto no es exacto, sino variable). Entre los trece y los cuarenta y seis años de edad, por término medio, solo se desarrollan unos cuatrocientos de los folículos para expulsar su óvulo, uno cada veintiocho días; los restantes degenerarán (es decir, se vuelven atróficos). Al final de la capacidad reproductiva (en la menopausia), solo quedarán unos pocos folículos primordiales en los ovarios e, incluso, estos folículos degenerarán poco después.

Claramente, la fecundidad en la mujer es un bien arduo, que será más apreciado y difícil con los años. Por todo lo dicho, lo que ocurre en las mujeres en relación con su fecundidad representa un tesoro precioso, pero no queda ahí. Hay, además, un montón de hechos que les suceden a ellas repetidamente, en cada ciclo, que las hace impresionantes, muy especiales y deslumbrantes. Cada mujer es para considerarla maravillosa ya solo por esto. Uno no tiene más remedio que quedarse absorto y absolutamente fascinado cuando entiende las decenas de mecanismos finísimos de equilibrio, retroalimentación y de delicada armonía que se producen en cada ciclo, cada veintiocho días, como si hubiese un cronómetro de precisión en el cuerpo de la mujer, que va dirigiendo la orquesta con maestría. Mientras escribo esto oigo la *Novena sinfonía* de Beethoven, dirigida por uno de los más famosos directores. Participan en ella más de cien artistas en la orquesta, entre coro y músicos. No es nada esa maravillosa conjunción de sonidos, minuciosamente armonizada, precisa y preciosa, comparada con lo que sucede en cada mujer cada mes.

El varón, en cambio, tiene *carril único*. Es como de piñón fijo. La mujer tiene unos ritmos, como esa sinfonía, que se mueven con tonalidades y matices muy diferentes, minuto a minuto, a lo largo del ciclo. En la función masculina todo es más uniforme, directo y monótono. En la mujer hay un ritmo variable y se va repitiendo periódicamente el tema de la sinfonía, un interesantísimo diálogo (*cross-talk*) entre las diversas hormonas y de cada hormona con cada célula y órgano para que se produzca esta encantadora música que ha dado lugar a nuestras vidas. Puedes ver con más detalle lo que sigue

en el siguiente vídeo:[64]

Aproximadamente cada mes se reclutan entre unos diez a quince folículos del ovario y se separan del resto. Esto solo puede suceder si puntualmente llega una hormona y les avisa de que ya es la hora de empezar a madurar, crecer y distinguirse del resto de sus compañeros. Imaginemos que en un ciclo concreto hay doce folículos que se reclutan. Compiten entre ellos y el que más crece es como una pequeña bolsa que explota y de ella sale el óvulo. Esto es la ovulación. Los otros once folículos se retiran (perdieron la competición) y se atresian, es decir, ya nunca serán capaces de producir óvulos. Desaparecen. En cambio, el que ganó la competición, una vez soltado el óvulo que llevaba dentro, se vuelve amarillento (forma el llamado cuerpo lúteo). Ese cuerpo lúteo empieza entonces, poco a poco, como un reloj, a producir hormonas imprescindibles para que todo el mecanismo se complete y pueda repetirse periódicamente. Así se le da cuerda al reloj de este preciso y *asombroso* ciclo, con todas sus fases, cada mes.

En torno a catorce días después del primer día de la regla es cuando ocurre la ovulación y el óvulo sale del ovario. Admirará uno más el sistema femenino cuando advierta que ese óvulo es cien veces mayor[65] que el pequeño espermatozoide que parece pedalear, como quien sube el Tourmalet, a la caza y captura del óvulo. Los espermatozoides compiten entre sí, en esa escalada de montaña (han de remontar útero y dos tercios de la trompa de Falopio). Solo uno de ellos ganará la etapa. No tiene que abrirse paso a la fuerza en la cumbre, pues es acogido como un diminuto amigo al que se estaba esperando. Se le invita a pasar dentro del óvulo a través de una barrera exterior llamada «zona pelúcida» y se fusionan ambos.

Automáticamente, parecería que casi por arte de magia, en ese preciso instante, se activa una alarma (como el vallado de un campo electrificado) que cierra todas las compuertas de acceso al óvulo. Los otros espermatozoides, rezagados en el ascenso, ya no podrán entrar. Se cierran las compuertas en ese instante, porque va a ocurrir lo más

sorprendente de todo. El ADN del espermatozoide y el del óvulo se combinarán y justo en ese momento se originará una nueva vida humana llamada «cigoto», que genéticamente será ya para siempre distinta de padre y madre.

Eran dos células *moribundas*, ya que los minúsculos espermatozoides solo sobreviven como mucho cinco días (siempre que estén en el hábitat adecuado, el del aparato genital femenino), y los óvulos, mayores, pero más delicados, solo doce horas. Pues bien, de la fusión de estas dos células escuchimizadas, exhaustas y moribundas, con una expectativa de vida tan pobre que se cuenta solo por horas, surge un nuevo ser con tanta vitalidad y fortaleza que su expectativa de vida será no de horas, ni de días, ni de semanas, ni de meses, sino de muchos años. Es la mayor explosión vital imaginable. Esto ocurre en el vientre de la mujer cuando es madre. ¡Esta gran apoteosis biológica es el auténtico Big Bang de donde procedemos cada uno!

Tanto el óvulo como el espermatozoide son células a las que genéticamente les falta nada menos que la mitad de su contenido. Pero cada una le acaba de aportar a la otra la mitad exacta que le faltaba. El cigoto será entonces genéticamente diferente de todas las células de su madre y de todas las de su padre. Y de paso también diferente del resto de seres humanos que han existido, existen y existirán. Es único. Absolutamente único.

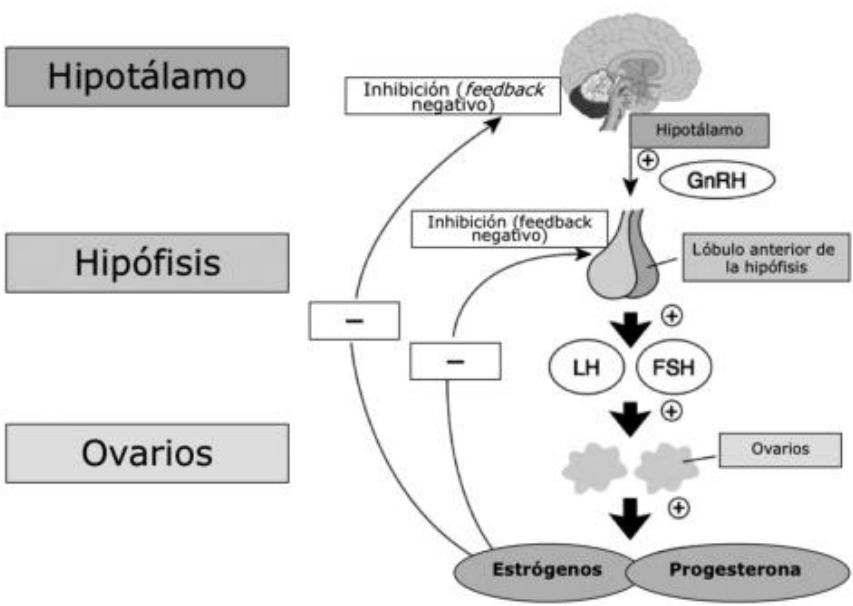


Figura 9. Eje hipotálamo-hipofisario-ovárico en la regulación de los niveles hormonales en la

mujer. La GnRH (*gonadotropin-releasing hormone*), producida en el hipotálamo, estimula la producción de gonadotropinas (FSH= *follicle-stimulating hormone* y LH=*luteinizing hormone*) y las gonadotropinas estimulan la producción de hormonas femeninas (estrógenos y progesterona) en el ovario. A su vez, las hormonas femeninas (estrógenos y progesterona) en la mujer no embarazada y que no toma contraceptivos hormonales inhiben la producción de LH, FSH y GnRH. Esto constituye un fino sistema de control que mantiene los niveles adecuados en cada momento del ciclo. Pero, si se administran hormonas femeninas *exógenas* (por ejemplo, las dosis altas de estrógenos y progesterona de los contraceptivos), se inhiben LH, FSH y GnRH. La inhibición de LH impide la ovulación (pero no siempre, por eso los contraceptivos tienen también efectos posfecundación).[66]
Fuente: elaboración propia.
Propiedad intelectual: Miguel Á. Martínez-González.

Las hormonas que dirigen este concierto se llaman «gonadotropinas» y son la FSH y la LH.[67] A una de ellas la podemos llamar Feliciana, y es más serena y estable. Su nombre empieza por F, como la FSH. A la otra, llamémosle Lázaro, sería un director de orquesta que está amodorrado y mortecino hasta que súbitamente se acelera y cobra protagonismo. Pero tras su breve y enérgica actuación, enseguida Lázaro retorna a su letargo. Su nombre empieza por L como la LH.

Durante los primeros días de cada ciclo, que son como los primeros compases de la sinfonía, tanto Feliciana como Lázaro se van animando progresivamente, aunque solo un poco (las concentraciones de FSH y LH segregadas por la hipófisis aumentan de leve a moderadamente). Pero, curiosamente, como Lázaro sigue dormido, es Feliciana quien toma el mando y más precozmente se espabila (solo levemente). Así, el aumento de la FSH se anticipa en unos días y es ligeramente superior al de la LH. Estas hormonas, especialmente la FSH, provocan un crecimiento acelerado de folículos primarios cada mes (de diez a quince folículos, como he dicho antes). Después de la primera fase proliferativa de crecimiento de los folículos, que dura solo unos días, las células que forman ese pequeño saco segregan un líquido que contiene altas concentraciones de estrógenos, las hormonas sexuales femeninas más importantes. El nivel de estrógenos en sangre va subiendo de manera rampante entre los días cinco y trece del ciclo.

La producción masiva y a ritmo creciente de estrógenos hace que las células del folículo desarrollen más receptores, como cerraduras para una llave, ¿para qué llave?, para la hormona FSH (Feliciana), que ahora tendrá más cerraduras en las que entrar. Esto hace que el folículo crezca mucho más. A esto se le llama retroalimentación (*feedback*) *positiva*. Es como un círculo *virtuoso*. Cuantas más células en

el folículo, más estrógenos. Cuantos más estrógenos, más FSH y más trabajo tendrá Feliciana abriendo cerraduras. Y cuantas más cerraduras abra Feliciana, más células. Y vuelta a empezar. El folículo multiplica su masa nada menos que por *mil* veces durante cosa de una semana de crecimiento. Imagina lo que pasaría si una persona multiplicase por mil su peso… en diez días. Feliciana es más lenta que Lázaro, pero es muy poderosa.

La gota que colma el vaso es que, además, gracias a este crecimiento tan exagerado del folículo con consiguiente producción de más y más FSH y estrógenos, entre ambos (FSH + estrógenos) hacen que se produzca una estimulación absolutamente colosal de la hipófisis para que despierte Lázaro y se segregue la otra gonadotropina, la LH, en cantidades «industriales». Así, de golpe y porrazo, Lázaro vuelve a la vida súbita y vigorosamente y despliega toda su enorme energía, se produce entonces una subida brusca de LH en un pico de ascenso casi vertical, como un relámpago en la noche. Hasta ese momento, los niveles de FSH eran superiores a los de LH, pero hacia el día trece este pico de LH bate todos los récords de velocidad de ascenso (parece casi instantáneo) y logra que LH supere a FSH. Esta subida en pico de Lázaro es tan repentina y potente que parece un milagro.

A este pico se le llama «pico ovulatorio de LH» (realmente es «pre» ovulatorio). Es el empujón final imprescindible que Lázaro dará para que se produzca la ovulación pocas horas después.

La intención con que nacieron las píldoras contraceptivas fue una especie de *engaño* a base de dar unos niveles de estrógenos tan altos y permanentes que lograsen anular todos estos fenomenales ciclos naturales de crecimiento y *feedback*. Así podrían impedir que Lázaro tuviese esa abrupta subida y no se produciría entonces el pico ovulatorio de LH.[68] Feliciana y Lázaro son directores de orquesta, pero trabajan en equipo. Ambas hormonas, FSH y LH, deben actuar de forma sinérgica para provocar la ovulación. Luego viene otro prodigio: las células del folículo, gracias a la LH, cambian su maquinaria química para reducir la producción de estrógenos y ponerse a fabricar la otra hormona femenina, la progesterona, a partir de ese momento. Las dos tienen estructuras químicas parecidas. Basta un pequeño tuneado de sus máquinas para diversificar la producción. La secreción de estrógenos comienza a disminuir aproximadamente un día antes de la ovulación, y a partir de entonces se empiezan a secretar cantidades crecientes de progesterona. Al bajar los estrógenos, se acaba el pico de LH (que baja tan rápido como subió) y también baja la FSH.

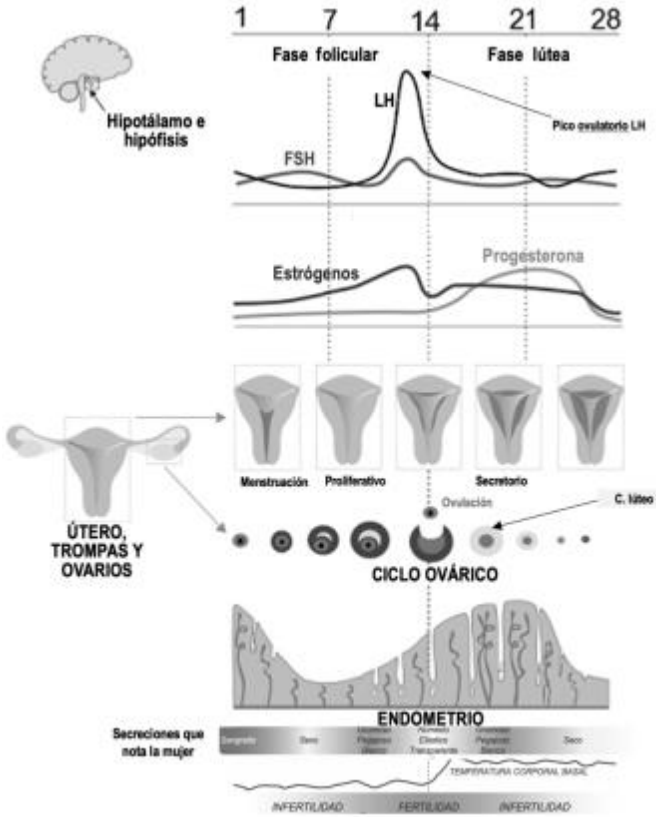


Figura 10. El ciclo menstrual. Elaboración propia.
Propiedad intelectual: Miguel Á. Martínez-González.

La progesterona, como su propio nombre indica, está dirigida a promover la gestación, es progestación. El organismo femenino está tan lleno de sabiduría y de ciencia que es muy previsor. Parece como si supiese que, a partir de ese momento, precisamente por haberse producido un óvulo, se necesitará tener preparada a la mujer para una posible gestación, por si el óvulo fuese fecundado. En previsión de un embarazo. Organismo previsor vale por dos. Al subir la progesterona, puede realizar entonces una labor altruista de quitarle un poco de sangre a la posible futura mamá para acumular en el útero esa sangre. Con esta sangre riega las células de la matriz (útero), las vuelve más grandes y frondosas, engrosa sus paredes (llamadas endometrio) y las tapiza como con una mullida y crecida alfombra para así abrazar y acoger con cariño al posible pequeño embrión que llegará ahí dentro de unos días, si es que hubo fecundación.

Si no hubo fecundación, este proceso parecerá un poco

antieconómico, porque supone poner en marcha una ingeniería de tejidos, gastar sangre de la mujer aparentemente en vano, tapizar todas las paredes de una habitación que no se va a usar y, en definitiva, hacer un gasto en balde. Pero sí vale la pena, porque es imprescindible que el útero esté bien preparado para acoger cálida y afectuosamente al posible bebé. Si nuestro organismo fuese tacaño y no gastase unos pocos «euros» cada mes en esta inversión aparentemente antieconómica, habríamos desaparecido como especie. Sin duda, la inversión vale la pena.

También vale la pena otro pequeño gasto de energía que las hormonas de manera natural le piden a la mujer que haga en cada ciclo. Se trata de que la temperatura de todo su cuerpo se eleve en torno a medio grado desde el día de la ovulación hasta el final del ciclo, cuando viene la regla. Subir la temperatura exige mayor ritmo de gasto energético al metabolismo, pero vale la pena para así darle una más cálida acogida al posible bebé. Pero si las células se enteran de que *no* hubo embarazo (más *magia* atribuible a esos sutiles mensajeros químicos llamados «hormonas»), progresiva y rápidamente se pierde la función productora de progesterona y estrógenos a los doce días aproximadamente después de la ovulación. Con esto, desaparece el impulso químico que había preparado la alfombra para el posible bebé. Llega un momento en que tanta frondosidad llena de sangre y calidez no se puede mantener por falta de estrógenos y progesterona y se desprenderá todo el mullido tapiz de células y se perderá también la sangre que lo abastecía. Ocurrirá entonces la regla y la mujer tendrá un sangrado. La ausencia de este sangrado (falta de la regla) cuando le tocaba llegar puede indicar que se produjo el embarazo, como es bien sabido.

La bajada de niveles de estrógenos/progesterona en sangre que precede a la regla es una señal para la hipófisis. Tal señal advierte a la hipófisis de que debe ponerse de nuevo a estimular los folículos para que produzcan hormonas femeninas porque han bajado los niveles de esas hormonas en sangre y esto reinicia otro ciclo. Ahora el *feedback* es negativo. Esto no sucede en la mujer que toma contraceptivos porque se distorsiona todo al estar expuesta a dosis externas, excesivas, farmacológicas, no naturales, de esas hormonas. Hay otra hormona, que se libera durante las relaciones sexuales, y que se llama «oxitocina». Es también considerada promotora de confianza y potenciadora de la dependencia interpersonal. Fomenta la vinculación mutua de la pareja y la empatía. Su liberación produce efectos de unión hacia la otra persona. Son vínculos sentimentales condicionados en parte por esta sustancia química que actúa como neurotransmisor.

Los niveles de oxitocina suben en el parto y en la lactancia y así refuerzan la unión madre-hijo. La oxitocina se descarga a la sangre especialmente durante el orgasmo, en ambos sexos. Esto crea lazos fuertes y difíciles de romper entre las personas. La oxitocina es interesante, sobre todo para la vida conyugal. Lo mejor de todo esto es que ayuda mucho a entender y admirar el prodigio que es esta sinfonía del cuerpo de una mujer en relación con su capacidad de amar y de ser esposa y madre. De estas realidades biológicas se derivan consecuencias prácticas. Por ejemplo, conocer el papel de la oxitocina es un motivo para pensarse mucho si se van a tener relaciones sexuales o si será mejor no adelantarlas a esa época de inicio de relaciones románticas, que es solo de *discernimiento* y no de un compromiso definitivo. Así la neurobiología no coartará la libertad. Y a nadie le interesa tanto que una persona vaya libremente al matrimonio como a quien se va casar con ella. La libertad plena y total, sin ataduras neurobiológicas, es garantía de futura estabilidad y fidelidad. Conocer la biología es un gran activo para poner a la sexualidad en su verdadero sitio.

Muy especialmente, después de saber todo esto, ¡resultaría tan incongruente banalizar a una chica y a su sexualidad! De hecho, cuanto mejor se conoce esta prodigiosa armonía, más valor se le da a la mujer, y menos riesgo tendrá de ser *cosificada*.

Un inconveniente, ciertamente menor del proceso, pero que, a todos, varones y mujeres, nos interesa conocer, es que la mujer tiene cambios cíclicos de humor. En la primera fase del ciclo, antes de la ovulación, predominan los estrógenos y estará más eufórica y afectuosa. Cuando en cambio, llega la segunda fase, entonces lo que predomina es la progesterona, que le exige inversiones antieconómicas y la deja más agotada. Entonces, puede estar más propensa a perder el buen humor, volverse más susceptible o incluso enfurecerse, aun sin darse mucha cuenta. Un mismo estímulo de tipo psicológico o una misma conversación o frase puede tener consecuencias opuestas en la primera y en la segunda mitad del ciclo. Esto es así, porque, además, tanto los estrógenos como la progesterona tienen efectos neuronales demostrados sobre la corteza cerebral.

Pero todo esto sirve para entender otro aspecto de la contracepción, que se suele silenciar. Se trata de que si una mujer toma contraceptivos y hay ovulación («escapes ovulatorios») las hormonas exógenas que contienen esas píldoras habrán alterado todo el ciclo natural de las hormonas internas. Crearán señales y ruidos artificiales extraños, para los que el cuerpo de la mujer no está naturalmente preparado y esas estridencias estropearán toda la sinfonía. Las píldoras harán que, si hubo fecundación, una vez que el

útero se había alfombrado y preparado, ese imprescindible revestimiento no se mantendrá en su sitio ni podrá acoger al embrión, impedirán que esté cálida y amablemente preparado para alojar al embrión. Sucederá todo lo contrario, se producirá la misma descamación que hubiese sucedido de no haber habido embarazo. Habrá una pseudorregla, se perderá la sangre, el tapiz… y con ellos, el pequeño embrión, que formará parte del sangrado de esa pseudorregla que tienen las mujeres que están expuestas al uso de la píldora.

La píldora contraceptiva, de hecho, actúa con cierta frecuencia *después* de la fecundación (produce, por tanto, *abortos en miniatura*). Esto significa que el teórico efecto protector que se esperaba que tuviesen sobre el fruto de un embarazo no deseado no será protector, sino destructor. Son muchas las mujeres que actualmente usan la píldora *y no saben esto*. Si lo supiesen, probablemente se plantearían no usarla, tal como se comprobó empíricamente cuando la Dra. López del Burgo y otros equipos hicieron estudios con estas mujeres, como se verá más adelante.

A las mujeres se les había negado en su día una información que deberían haber conocido bien antes de exponerse a los contraceptivos hormonales. Resulta crucial que las mujeres sepan que los métodos *artificiales* más utilizados (píldora anticonceptiva combinada o dispositivo intrauterino, abreviado como DIU) pueden provocar en diversos ciclos *abortos en miniatura*, pues tienen *efectos posfecundación* (esconden un *plan B*).

Pero el hecho era que la mayoría de las mujeres que los usaron no lo sabía.[69] Parece que existió cierta e interesada conspiración del silencio sobre tales efectos posfecundación. Y cabe preguntarse si el consentimiento fue suficientemente *informado*. Además, diversas investigaciones comprobaron que una gran parte de las mujeres que usaban contraceptivos hormonales, mecánicos o mixtos (DIU), nunca los habrían usado de haber sabido que eran abortivos, por tener efectos posfecundación. Hay mujeres que pueden estar a favor del aborto y otras que pueden ser provida. Pero una mujer (sea o no provida) siempre tendrá *derecho a saber* lo que otros están haciendo con su cuerpo cuando le prescriben un anticonceptivo. Si no se le da la información correcta y verdadera, su consentimiento será *inválido*, porque no sabrá a lo que se está sometiendo. Esto es obvio.

% de usuarias de contraceptivos hormonales que conoce sus efectos posfecundación

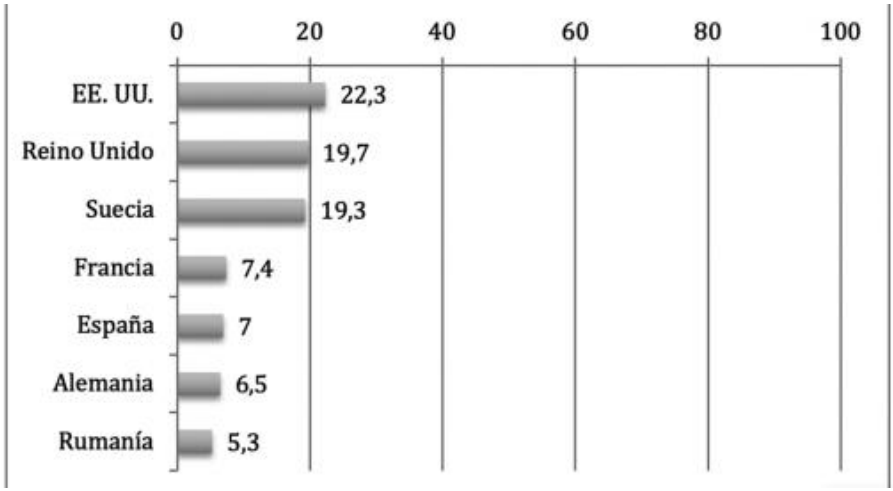


Figura 11. Conocimiento de los efectos posfecundación de anticonceptivos hormonales entre las mujeres que los usan.
Fuentes: elaboración propia a partir de *Arch Fam Med*, 2000; 9:126-33; *BMC Womens Health*, 2007; 7:10; *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2010; 151:56-61; *J Clin Nurs*, 2013; 22:3006-15.
Propiedad intelectual: Miguel Á. Martínez-González.

Pero, efectivamente, se constató al recoger y analizar los datos que las mujeres que tomaban píldoras contraceptivas hormonales mayoritariamente *no conocían* sus efectos posfecundación.[70] Esto era ciertamente escandaloso y único en medicina, porque uno de los axiomas médicos básicos es la necesidad de pedir siempre el *consentimiento informado* antes de prescribir o administrar cualquier intervención. Si no se daba esa *información*, se le estaba impidiendo injustamente a la paciente que pudiese dar su consentimiento libre.

% de mujeres que no usaría un método de control de natalidad con efectos posfecundación

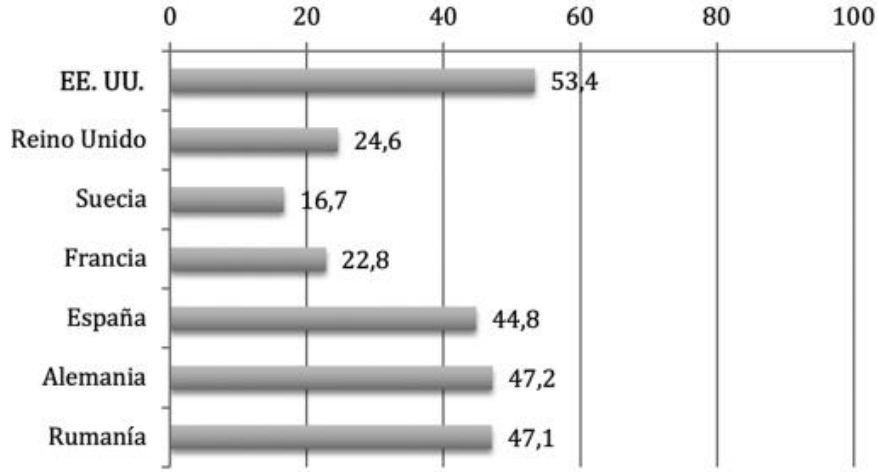


Figura 12. Efectos posfecundación de anticonceptivos hormonales y porcentaje de mujeres que no los usaría por ese motivo.
Fuentes: elaboración propia a partir de *Arch Fam Med*, 2000; 9:1 26-33; *BMC Womens Health*, 2007; 7:10; *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2010; 151:56-61; *J Clin Nurs*, 2013; 22:3006-15.
Propiedad intelectual: Miguel Á. Martínez-González.

Hormonas, *birth control* y métodos naturales de regulación de la fertilidad

Respecto al número de hijos y la paternidad responsable, es bien conocido que hay unos ritmos de fecundidad en la mujer, que, si se conocen científicamente bien,[71] pueden ayudar a tomar decisiones informadas, serias, conscientes y responsables (en un sentido o en otro) sobre los hijos que una pareja desee tener, sin necesidad de recurrir a contracepción química o mecánica artificial. No estoy hablando de ningún modo del «método del ritmo». Gracias al desarrollo científico de las últimas décadas, las aproximaciones actuales van mucho más allá que el antiguo «método del ritmo».

El conocimiento de la fecundidad permite que las medidas que se tomen sean ecológicas, sostenibles y respetuosas con el cuerpo de la mujer que, además, tengan demostrada eficacia. Con buen conocimiento, se podrán aplicar de modo sencillo, con racionalidad los métodos naturales más avanzados. A diferencia de las bombas de hormonas, no manipularán ni estropearán la fisiología normal femenina ni tendrán riesgos médicos asociados. El conocimiento científico sobre la fertilidad femenina, sus tiempos, sus signos y síntomas ha avanzado mucho. En vez de «signos y síntomas», será preferible llamarles «indicadores» de fertilidad. No son consecuencia

de enfermedad alguna. La fertilidad es completamente normal y natural. Estos avances científicos han permitido facilitar la toma de decisiones sobre cuántos hijos tener y cuándo tenerlos. Se habla de métodos basados en el reconocimiento de la fertilidad (*Fertility Awareness-Based Methods o FABM*) que no tienen los inconvenientes de las píldoras contraceptivas u otros métodos artificiales. Los respetan la naturaleza femenina. Permiten que la mujer conozca mejor su cuerpo. No trastornan ni inhiben ninguna función normal. Ni aumentan los riesgos de cáncer de mama o de trombosis.

Los FABM se basan en capacitar tanto a las interesadas como a sus parejas para identificar el periodo del ciclo menstrual en que la mujer es fértil. Cuando este conocimiento se usa para favorecer o evitar un embarazo, suelen ser más conocidos como *planificación familiar natural* (PFN). La finalidad es detectar bien cuándo ocurre la ovulación e identificar una ventana de fertilidad. Si no se practica el coito en esos días del ciclo, no habrá embarazos. En cambio, la anticoncepción hormonal artificial (la «píldora») desacopla en su esencia la impresionante fisiología sexual femenina. Además, desintegra un todo personal. Carga todo el peso adverso sobre la mujer. Altera la comunión de personas que supone el amor conyugal. Más allá de daños físicos y riesgos asociados a la píldora, hay en esas hormonas una negación en el don. Se hipoteca la unidad radical.

¿Hay más razones para usar la PFN para vivir una *paternidad responsable*? Sí. La PFN conduce a una unidad de biología, psicología y sintonía en la pareja. Evita la rutina. Lleva a que comience una nueva forma de comunicarse. Un asunto así no se resuelve tomando una pastilla. Se hace necesario, en cambio, *conversar* en la pareja. Hablar. Comunicarse. Se debe tomar en conjunto una decisión acerca de cómo se vivirá el afecto conyugal durante la ventana de fertilidad y cómo se prepararán para ello. Es el momento de recuperar lo que se suele ir perdiendo en una pareja.

Se buscarán esas manifestaciones de afecto no genitales, que hacen recuperar el *aire fresco* que había al principio del noviazgo. Es una oportunidad de oro para ejercitarse en otras manifestaciones de afecto, incluyendo el anhelo. Ese anhelo —que es tan importante en las relaciones satisfactorias— se cultiva en el periodo fértil y toma aquí mayor protagonismo. Es un modelo de vida distinto. La PFN no es un anticonceptivo más. Es un estilo de vida. Su fuerza en salud pública no deriva simplemente de tener menos riesgos y ser más sana y más barata que las píldoras y otros métodos artificiales. Es un modo de comprenderse a sí mismo y de comprender mejor y comunicarse más abiertamente con la pareja. Fomenta un desarrollo afectivo

centrado en la otra persona. Une mucho. Otorga cohesión al núcleo de esa célula de toda la sociedad que es la familia. Logra más fácilmente una comunión radical de personas. El núcleo tiene que estar muy unido intrínsecamente para que una célula sea fuerte.

La periodicidad, en ese seguimiento, día a día, de los síntomas de fecundidad, es un aliciente para actualizar la *intensidad* del encuentro total. Son métodos que pueden parecer exigentes, pero resultan gozosos.

En los ascensos a los Pirineos y otros montes, he experimentado personalmente muchas veces cómo se vuelve loca la gente montañera al ver la cima. La cumbre te reta. Todo esto, que puede parecer mayormente narrativo y estético, está fundamentado y documentado científicamente en la investigación médica empírica.[72] Desde 1979, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la *planificación familiar natural* como el conjunto de técnicas para procurar o evitar los embarazos mediante la observación de los *indicadores* que, de manera natural, ocurren durante las fases fértiles e infértiles del ciclo menstrual. Actualmente, la OMS establece en su página web que uno de los FABM, el método sintotérmico (*sympto-thermal method*), tiene una eficacia superior al 99 % cuando se usa correctamente y del 98 % en condiciones reales.[73] Por mucho que le pese al negociete de sectores de la *Big Pharma*, demostradamente sí que existen alternativas naturales, sanas y baratas que son mejores que sus píldoras (y dispositivos artificiales) especialmente desde la óptica médica y científica de la medicina preventiva y la salud pública.

Como expliqué antes, la ovulación ocurre aproximadamente catorce días antes de la siguiente menstruación (el rango puede ser de diez a dieciséis días). El periodo de fecundidad de una mujer viene condicionado por la supervivencia del óvulo (hasta veinticuatro horas) y del espermatozoide (hasta cinco días en presencia de secreción cervical fértil). La ventana fértil en cada ciclo es aproximadamente de siete días. No basta conocer la duración del ciclo para saber exactamente cuándo ha ocurrido la ovulación. Deben tenerse en cuenta diversos factores como los que incluye el método sintotérmico (de doble control).[74] Es un mito afirmar que si una mujer tiene ciclos irregulares no podrá usar la PFN. Este mito ha sido ampliamente difundido y se ha usado para fomentar el interés comercial de vender más píldoras, a base de desacreditar la competencia más sana que le hace la PFN. Ese mito (achacar que la PFN no sirve en mujeres con ciclos irregulares) solo se basa en pseudociencia o en considerar solo el calendario («método del ritmo») y desconocer que hay muchos síntomas, más allá del ritmo, que pueden usarse para conocer el

momento de la ovulación, por irregular que sea el ciclo.

Hoy existen pruebas sólidas de que las mujeres adecuadamente informadas sobre PFN, *también las que tienen ciclos irregulares*, son perfectamente capaces de identificar su ovulación, por tanto, podrán distinguir cuándo son fértiles y cuándo no lo son, independientemente de su nivel cultural. Incluso se ha demostrado esto con mujeres analfabetas. Esta afirmación está v alidada por la OMS. Forma parte de un extenso conocimiento científico adquirido tras treinta años de investigación.[75] Una pareja puede aplicar este método sintotérmico recurriendo a los servicios específicos que prestan esta atención para la educación y asesoramiento en fertilidad natural.[76]

Los métodos naturales se basan en la identificación de los indicadores del periodo fértil, cuyo evento principal es la ovulación. Incluyen la sensación y visualización de la secreción cervical, así como los cambios perceptibles en la temperatura corporal basal y en la dureza y posición del cuello uterino. Existen otros indicadores secundarios del periodo fértil como el estado de la piel o el dolor abdominal durante la ovulación. Todos estos cambios los advierte la mujer y los puede ir anotando en una gráfica. Así se obtiene un patrón personalizado de cómo está siendo cada ciclo, y de cuándo empieza y termina el periodo fértil. Fácilmente, cada mujer aprenderá a reconocer cómo son sus patrones. Debe tener una gráfica completa. Es muy relevante que aprenda a identificar una *secreción* del cuello uterino que se ve y una *sensación* que es lo que se percibe sin ver. La sensación vulvar de que cae la secreción cervical es una percepción que toda mujer tiene y habitualmente nadie le ha enseñado a valorar, a no ser que aprenda la PFN. La secreción, si la hay, caerá por su propio peso.

Cuando esto se aprende, es muy fácil que cada mujer, ella misma, aprenda a identificar sus sensaciones. Es muy personal. Pero se ha demostrado que se puede enseñar en todas las culturas y en todos los estratos de la sociedad, independientemente de cuál sea el nivel educativo.

El registro de estos síntomas se combina con la toma diaria de la temperatura, siempre en el mismo sitio y a la misma hora, que acaba siendo una rutina, como cepillarse los dientes. En esta combinación de temperatura e indicadores de fertilidad («síntomas») es en lo que se basa el método sintotérmico.

El método sintotérmico es el más utilizado por las asociaciones europeas especializadas en PFN. Es sencillo de utilizar y requiere un breve periodo de enseñanza para que la pareja aprenda a llevar el registro de los indicadores de la fecundidad. Las parejas, una vez que adquieren experiencia, pueden tomar *por sí mismas* el control de su fertilidad.

A diferencia de los métodos artificiales, una vez que se aprende la PFN, ya no hay que gastar más recursos en fármacos ni en un exceso de visitas al ginecólogo. Tampoco habrá que visitar al cardiólogo (por infartos), ni al neurólogo (por derrames cerebrales), ni al oncólogo (por cánceres de mama y cuello uterino), como les pasaría a muchas de estas mujeres si usasen píldoras hormonales en vez de la PFN.

El conocimiento natural de la fecundidad puede aplicarse para distanciar los embarazos. Tiene grandes ventajas sobre los métodos anticonceptivos artificiales (hormonales, dispositivos, de barrera, quirúrgicos) por su bajo coste y su ausencia de efectos adversos. Pero, además, al hacer que la pareja reconozca y lleve un recuento (normalmente, unas gráficas) de sus ritmos de fecundidad, este autocontrol es interesantísimo médicamente. Permitirá luego aplicar con buena precisión procedimientos de diagnóstico y tratamiento. Serán parejas en las que se conocerá al dedillo cómo ha estado funcionando todo el aparato genital femenino. Esto es más interesante, desde luego, que llevar cuenta de las calorías. Proporciona ventajas similares a lo que hacen, en otros campos de la prevención, los registros continuos de actividad física, peso o registros de dieta. Si una persona proporciona información detallada de *autocontrol* al médico, siempre se podrá ejercer mucho mejor la medicina.

Por otra parte, esto no es *El discurso del método*, no se trata solo de una «cuestión de método». El recurso a estos métodos naturales para espaciar los embarazos supone reconocer algo que está también naturalmente implicado en la sexualidad, que es el respeto al hecho fisiológico de que la mujer no es fértil el 100 % de los días.

Es muy distinto servirse legítimamente de algo que ya existe —y es *normal*— que estropear intencionalmente el funcionamiento natural del organismo. Hay dos opciones:

1. **Conocer** bien la fisiología humana, y actuar en correspondencia

plena con unos ritmos que son perfectamente normales y naturales. Lo que se hace es adaptarse a lo natural y *evitar* el coito durante unos días del ciclo, pero no se cambia nada, ni en los niveles de hormonas en sangre, ni en el modo de funcionar los órganos de la mujer. No se añade nada. Solo hay unos días en que las manifestaciones de afecto toman otros cauces, lo cual es una opción totalmente indiscutible, que puede ser incluso más romántica.

2. **Impedir activamente que funcionen bien los mecanismos normales y naturales** que tiene el organismo de la mujer, a base de poner artificialmente el ovario en dique seco, siempre, un mes tras otro, interrumpir mediante bombas químicas artificiales la producción de óvulos, entorpecer el funcionamiento de la maquinaria química del cuerpo de la mujer en su producción cíclica de hormonas y establecer además un *plan B* para producir abortos en miniatura cuando haya «escapes ovulatorios» (si se fecundó ya el óvulo). Este *plan B* acabará con el pequeño embrión, impidiendo que se implante o haciendo que se desimplante y se pierda por descamación.

Hay que distinguir 1) de 2) porque son *radicalmente* diferentes. La conducta 1) no supone ejercer ninguna acción, es solo *omisión.* Se omite solo un acto absolutamente voluntario y libre y sirve de aprendizaje para un afecto que se manifiesta de un modo menos corporal-genital, pero puede requerir durante unos días más creatividad, sintonía afectiva y unión de inteligencias y voluntades en la pareja. Como diría Byung-Chul Han, menos cosificación y más alteridad para que crezca el Eros y no entre en agonía.[77] Por eso, les beneficia. Es una opción sana, sin efectos adversos, que fomentará los hogares fuertes. Baste pensar en algo análogo que está erigiéndose como moda supuestamente saludable en otros terrenos y a lo que algunos le adjudican ciertas ventajas (a pesar de que debe investigarse más): el ayuno intermitente.

Incluso en torno al 2020, el Dr. Cameron Sepah puso de moda en Silicon Valley el *ayuno de dopamina*. La dopamina es un neurotransmisor que se relaciona con las vías neurales que transmiten emociones e impulsos placenteros. **Practicar el *ayuno intermitente de dopamina* se entendió como abstenerse algunos días de placeres habituales, con la finalidad de recuperar luego una mejor disposición para disfrutar del bienestar.** Un bienestar que puede estar dañado precisamente por estar continuamente expuesto a un exceso de dopamina.[78] La opción 1) que incluye esos breves periodos de «ayuno» no tiene por qué resultar

extraña, por tanto, a la cultura del siglo XXI.

La opción 2), en cambio, no es una *omisión*, sino una *acción*. No es natural. Es artificial. Supone añadir un elemento extraño al organismo. Se busca intencionalmente impedir que el cuerpo de la mujer realice su función normal y corriente. Altera la fisiología. Es antiecológico y presenta riesgos relativos elevados de enfermedades graves que la mejor epidemiología no ha cesado de dejar patentes. No parece lo más acorde con estos tiempos donde todos defendemos lo sano, lo natural, lo ecológico y la sostenibilidad medioambiental.

La opción 1) son los FABM. La opción 2) son las píldoras contraceptivas o el dispositivo intrauterino. Creo que con esta explicación hay suficientes razones para entender bien las diferencias. Debe reconocerse que los FABM exigen sintonía de la pareja y cierto esfuerzo periódico durante unos días de cada ciclo. Se usan dentro del contexto de decisiones tomadas por acuerdo entre la pareja.

El grado de satisfacción con los métodos FABM (método sintotérmico) usados para PFN es superior en sus usuarias a la satisfacción que refieren las usuarias de píldoras hormonales. Las mujeres expresan que su deseo sexual se incrementó con estos métodos naturales (FABM) y notan mayoritariamente un efecto favorable sobre sus estados de ánimo (vendría a ser casi un efecto antidepresivo), una alta fidelización de las usuarias, que también refieren que no ganan peso al usarlos.[79] Y esto lo dice una web financiada por clínicas abortistas (ver «Side effects»):

En cambio, con los contraceptivos hormonales combinados más usados (típicas píldoras, por ejemplo, Yasmin),[80] lo mayoritario era pérdida de apetencia sexual (libido), menos regularidad en los periodos, riesgo de ganancia de peso, bajada de ánimo o tendencias depresivas. Además, con la PFN no hay riesgos asociados a efectos androgénicos, como caída del pelo, hirsutismo, *etc.*

En definitiva, hay alternativas a la píldora que son más sanas, naturales, asequibles, ecológicas, menos costosas y prácticamente igual de eficaces. Tienen muchas ventajas desde el punto de vista de la

salud pública.

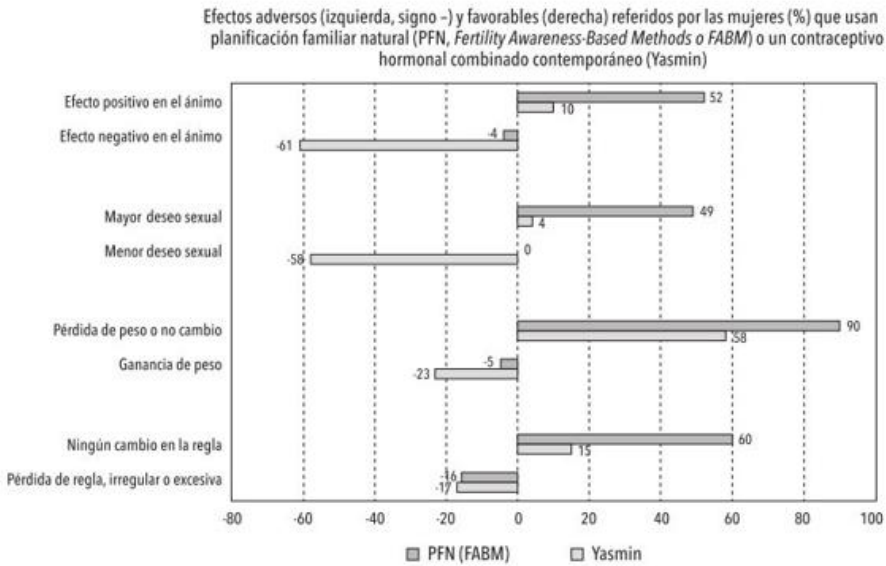


Figura 13. Efectos percibidos por mujeres usuarias de planificación familiar natural (PFN, FABM) o de anticonceptivos hormonales combinados. Porcentaje de mujeres que refieren cada síntoma. Con los contraceptivos hormonales combinados el principal cambio en la regla es el menor volumen. En el efecto positivo en el ánimo se suma el «muy positivo» más el «algo positivo».
Fuentes: elaboración propia a partir de https://theldown.com/contraceptives/yasmin/ y https://thelowdown.com/contraceptives/fertility-awareness-methods (ver «Side effects»).
Propiedad intelectual: Miguel Á. Martínez-González.

REFLEXIONES DE UN MÉDICO DE SALUD PÚBLICA SOBRE EL ABORTO

(Ante un embarazo imprevisto, ¿hay mejores alternativas?)

Competiciones sexuales

Unos chicos en el sur de California pensaron que sería divertido tener sexo con tantas chicas como fuera posible y así acumular puntos. Competirían entre ellos. Tuvo mucha repercusión mediática en EE. UU. Acordaron que cuanto más joven fuera la chica, más puntos obtendrían. Estaban teniendo relaciones con niñas de once, doce o trece años. Esto apareció en la revista *Time* hace ya bastantes años y escribieron entonces: *Así son los chicos*. Es lógico que surja el deseo de rebelarse ante hechos así. Hay varones que abusan de las mujeres, las usan como un deporte y las abandonan, como si fuesen un *kleenex*. Eso *no* es lo que significa ser varón. Somos millones los varones que sufrimos mucho, ¡pero que mucho!, cuando vemos esta *cosificación*. Por supuesto, a cualquier mujer normal le parecerá despreciable un tipo que piensa que el sexo es un juego trivial que se puede abandonar cuando uno se aburre de él. ¿Se pueden convertir las chicas en juguetes de usar y tirar?

Para esos chicos que hacían apuestas, *usar* a cada chica sería como comerse un dónut, beberse una Coca-Cola o fumarse un cigarrillo. Uno se *descarga* a la chica como se descarga una película de internet. Es imposible dejar de ver aquí cómo se había rebajado a las personas. En algunos de estos casos, pudo suceder que las chicas *ingenuamente* se creían que iban a ser amadas, pero solo cayeron en una trampa al ser usadas. Proporcionaron sexo para obtener afecto, pero fueron estafadas. Hay que darse cuenta de una realidad clínica, que todo médico verá en la consulta. No es infrecuente que estas chicas jóvenes o adolescentes sientan dolor durante el acto sexual. Esto puede deberse a contracturas en el suelo pélvico, que se producen por tensión, sensación de clandestinidad, miedo a lo desconocido, nerviosismo o inmadurez. Peor aún es que hay chicas que experimentaron estas molestias al iniciar muy jóvenes sus relaciones sexuales y después no lograron que tal dolor (los médicos le llamamos «dispareunia») desapareciese el resto de su vida. No parece muy romántico que el acto sexual derive hacia una tortura y acabe privado

de su natural placer para el resto de la vida. Cuando hay dispareunia es más difícil que haya orgasmo. Se complican las cosas porque muchas mujeres no lo desvelan en sus visitas médicas. Puede afectar a un porcentaje variable, entre el 10 % y el 28 % de la población femenina a lo largo de la vida.[1] Saber esto ayuda a hacerse mejor idea de hasta qué punto eran graves esas competiciones del sur de California. Quizá pensaron (o se excusaron pensándolo) que las chicas tenían la misma psicología que ellos. Como escribe Menárguez:

> Los chicos están seguros de que el deseo sexual femenino es como el suyo («somos seres humanos, no extraterrestres») y defienden que ellos no hacen más que complacerlas.
>
> Y se asombran cuando las chicas dicen que nunca se lo han pasado realmente bien, aunque hayan iniciado sus relaciones sexuales muy pronto, y lleven varios años haciéndolo.
>
> Además, no quieren eso; quieren que las quieran, no que las usen.
>
> Lo que el varón no sabe es que después de un tiempo se sentirá vacío por haber actuado de un modo que le parecía natural; y tendrá unos hábitos sexuales de promiscuidad y masturbación que complicarán la relación estable con una mujer y la construcción de una familia.[2]

La generalización de la píldora contraceptiva y de los preservativos tuvo también este saldo negativo para la mujer. Primero, las chicas se confiaban y pensaban que se podía tener con toda seguridad sexo sin procreación. Asumían equivocadamente que la efectividad para el condón o para la píldora era *total*. Y no lo era. Después, se despreciaba la vida que podía surgir de una relación sexual y el interés estaba en evitarla a toda costa. El posible hijo sería ya un temido intruso que había que echar como fuese de la propia vida. De la *primera* actitud se derivó el incremento de embarazos no deseados porque quien usaba píldoras contraceptivas se confiaba y a veces había fallos, incumplimientos del tratamiento, errores, olvidos u otros problemas. De la *segunda* actitud de percibir el hijo como un problema surgió el recurso fácil al aborto cuando el contraceptivo fallaba y acaba considerándose el aborto *como un método anticonceptivo más,* como el método de *emergencia*. Todo esto perjudicó a la mujer (y también al varón), también porque podía no facilitar que su pareja le fuese fiel. Recordemos: cien mil divorcios y ciento ochenta mil matrimonios.

Por otra parte, la propaganda del erotismo fue lucrativa. Esa propaganda se tomó muchos cuidados para construir una verdadera *conspiración del silencio* que ocultaba a los jóvenes las posibles complicaciones de trivializar el sexo y los peligros de convertirlo en

un mero juego, con complicaciones como la dispareunia persistente, pero también el riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual o padecer otras situaciones dolorosas, incluyendo el aborto. Este tipo de *conspiraciones del silencio* son algo ya bien conocido entre los epidemiólogos. Han estado habitualmente detrás de todas las frustraciones que la salud pública ha padecido. Detrás de muchas epidemias había una ocultación planificada de los verdaderos efectos adversos de algún divertimento o de algún negociete que le resultaba muy rentable a alguien, empezando por la *Big Tobacco*. Hay todo un manual de la desinformación, que se verá más adelante, y que han usado diversas corporaciones industriales para orquestar campañas de cancelación contra los defensores de la salud pública. También han desarrollado estrategias de silenciar a científicos, para que no se oigan voces críticas, empezando por etiquetar de *ideología* aquello que la buena ciencia encuentra, pero ellos sienten que les estropearía sus ganancias.

La mentalidad de frivolizar la sexualidad procuraba esconder verdades palmarias sobre posibles efectos adversos, bien sustanciados por investigación empírica.[3] Tales riesgos no aparecen en las fuentes de información de las que beben los jóvenes. ¿De dónde obtienen los jóvenes la información sobre el sexo? De las redes, la televisión, las películas, las series, internet, las letras de las canciones de moda y otros medios. Esa es la fuente número uno de información. En los chicos y chicas más jóvenes, esta deseducación se debe a un uso demasiado precoz del teléfono móvil y otras *pantallas*. No solo por dar acceso fácil y anónimo a pornografía, como ya he explicado, sino por el tipo de mensajes y de conversaciones que pueden llegarles a esas pantallas.

El segundo lugar de donde obtienen la información es de sus compañeros y amigos. Pero estos a su vez la obtenían de las mismas pantallas, que les estaban diciendo:

—¡El sexo es fantástico, es divertido!
—¡Todos lo hacen y no hay ninguna consecuencia!

Es verdad que es fantástico y es divertido. Si fuese molesto ninguno de nosotros estaría ahora en el mundo. Nuestros padres no hubieran actuado como lo hicieron. Sin embargo, *no todos lo hacen*. Decir que todos lo hacen es una mentira.[4] Y desde luego sí que *tiene consecuencias*, que debían haber estado bien presentes al tomar decisiones. El prof. Jokin de Irala, epidemiólogo, que ha dirigido y publicado muchos trabajos de campo y brillantes estudios sobre

jóvenes y adolescentes en varios continentes, lo resumió muy acertadamente en pocas frases:

> Que no te engañen. La mayoría de los menores de edad no tiene relaciones sexuales. Tú no quieres los besos «pornificados» de un corazón sexualizado. Los jóvenes que tienen relaciones sexuales acaban sufriendo: decepciones, arrepentimientos, heridas afectivas, infecciones de transmisión sexual y embarazos imprevistos (incluso tras haber usado preservativos), soledad, dependencias afectivas, controles y abusos, sensación de ser utilizados o de ser vacíos. El sexo es más que tomar una cerveza, por eso nos afecta tanto.[5]

Estos peligros pueden convertir a una persona joven en un *minion*, que se mueve solo como marioneta colgada de los hilos de poderosas corporaciones multinacionales. Detrás de la intoxicación informativa tendenciosa pueden esconderse los intereses de patronales que se lucran vendiendo condones, contraceptivos (*Big Pharma*) y pornografía. En este ambiente de hipererotización de la sociedad, ha crecido la prostitución y la explotación sexual. Leí lo siguiente y me impactó:

> No sé si alguien se puede imaginar cómo es la vida en un prostíbulo, lo que es estar a miles de kilómetros de tu casa, incluso, no conocer el idioma. Vestimos como los puteros nos quieren comprar, porque somos la mercancía que ellos compran.[6]

Todos ellos, CIPO, industria de contraceptivos, industria del aborto y redes de prostitución y explotación sexual ganan millones con la revolución sexual global. Lo hacen a costa de provocar sufrimiento y dolor en millones de personas. Pero de lo que nadie duda es de que les conviene la extensión generalizada de un ambiente hipersexualizado en la sociedad, como mera función recreativa, ya desde la niñez, tal y como adelantó Aldous Huxley en *Un mundo feliz*.

Tsunami ante un diagnóstico imprevisto

¿Qué es lo que más teme quien usa el sexo como mera función recreativa? ¿Cuál es el principal miedo de una chica? Su principal temor es el *embarazo*, que se presenta como un problema no previsto ni planificado cuando la relación está trivializada. Es instructivo ponerse en la situación de una chica joven o incluso adolescente que, de repente e inesperadamente, advierte que se le está retrasando la regla. Va a una farmacia y compra un test de embarazo. ¿Cuál es su reacción cuando a solas, en el cuarto de baño, comprueba que el test

resultó positivo? ¡Tsunami!

Es preciso representarse mentalmente, con toda la empatía posible, cómo se le van derrumbando, uno tras otro, todos sus planes en ese momento. Se produce una verdadera catástrofe en su imaginación. Se ahoga en una tormenta emocional. No hay forma fácil de deshacerse de un embarazo que la mujer no planificó. Cualquier salida que tome tendrá consecuencias que durarán toda la vida. Una decisión que fue tomada en su día a la ligera, por curiosidad (!), por moda (!!), por presión del ambiente o por influencia del alcohol acaba así transformándose en una horrible pesadilla y en el inicio de una concatenación de historias desagradables.

Algunos capítulos de estas historias pueden suponer la ruina de toda una vida. Así lo perciben muchas mujeres cuando se enteran de que su prueba de embarazo inesperadamente resultó positiva. Entonces descubren su error. Pero ya no pueden tomar un avión para viajar en dirección contraria a las agujas del reloj, como mostraba una antigua película de Superman. Con cierta frecuencia, su reacción es la de querer criar a ese hijo, incluso piensan en casarse cuanto antes con el padre de la criatura y formar una familia, aunque sea precipitadamente. Pero en ese momento emergen muchos problemas al pensar en una boda así. Algo que ella había soñado muchas veces que tendría lugar de modo pausado, bien organizado y gozoso, que fuese una maravillosa fiesta —la gran fiesta de su vida—, se transforma en una pesadilla. Improvisación, sorpresa, soledad, incomprensión, múltiples riesgos de fracaso e incluso escándalo… son el cortejo que ve venir, el telón de fondo que le podrá estropear su gran fiesta.

Otras veces es peor. Es que el chico no quiere casarse y la deja sola. Acabar convirtiéndose en madre soltera no es un panorama atrayente. Puede pensar entonces en esconderse mientras el embarazo sea patente, tener al hijo y luego criarlo con ayuda o darlo en adopción.[7] La decisión no es fácil. En todo caso, decida lo que decida, esta persona merece toda la disculpa, cariño, comprensión y ayuda posibles. Sufrirá mucho. En este contexto es admirable el servicio que prestan tantas instituciones y organizaciones de ayuda, apoyo y acogida a la embarazada con problemas. Es hermoso ver que hay muchas personas dispuestas a ayudar —con enorme generosidad y altruismo— a las mujeres en estos momentos. Podrán aportar soluciones solidarias, adecuadas y eficaces cuando parece que no las hay.[8] Hoy día, los provida ofrecen la ayuda más generosa. Los que promueven el aborto, en cambio, incentivan un rentable negocio.

Cada situación es diferente, pues varían las circunstancias y no

sería adecuado dar una receta general. Sin embargo, sí que hay algo bastante común a todas ellas. Todas las que de pronto descubren con pánico que están embarazadas se habían sentido absolutamente protegidas e invulnerables cuando decidieron tener relaciones. Pensaban que *eso* no les pasaría a ellas. O, peor aún, quizá se sintieron desprotegidas y débiles, cuando las tuvieron, aunque consintieran. O podrían estar en la nefasta situación de que esa nueva vida sea fruto de una violación. En esta situación, toda alternativa que defienda la vida del hijo es noble y digna. Sacar adelante el embarazo en una situación difícil acabará fortaleciendo mucho la personalidad de la madre y desarrollando sus capacidades. Pero cualquier opción que se tome ante un embarazo imprevisto tendrá sus dificultades y complicaciones.

El Instituto Guttmacher, que reúne a activistas que promueven el aborto y recibe donaciones de personas y entidades que lo apoyan, estima que en todo el mundo uno de cada cuatro embarazos termina en un aborto. Actualmente, en muchos foros, se defiende que el aborto es un procedimiento médico que pone fin a un embarazo y se presenta como una necesidad sanitaria básica para millones de mujeres, adolescentes y jóvenes que pueden quedarse embarazadas. También se invoca que hay que ampliar el acceso al aborto, ya que es una «necesidad» común, pero se arguye que el acceso a servicios de aborto seguros y legales está lejos de estar garantizado para todas las mujeres que pueden necesitarlos. El hecho es que el acceso al aborto y su regulación es uno de los temas más controvertidos a nivel mundial, y el debate se ve enturbiado por la desinformación sobre las verdaderas consecuencias que tiene. Más que enzarzarse en diatribas ideológicas, se requiere una consideración tranquila y sosegada de la evidencia científica y de cuáles son las mejores alternativas que una mujer puede elegir libremente, sin presiones y sin manipulaciones derivadas de fuertes intereses económicos. El aborto no es la única salida a un embarazo en situación imprevista o difícil. Hay alternativas. Mejores alternativas.

Evidentemente, no soy un legislador ni pretendo pontificar sobre el ordenamiento jurídico ni quiero hablar de política. Pero puedo tratar el tema desde la ciencia. Me asiste el derecho que alguien como profesional sanitario tiene de exponer los hechos y los datos biológicos y médicos que le hacen pensar que el aborto es dañino para la madre (y, claro, para el feto también).

Se ha presentado muchas veces al movimiento provida como una fuerza antifemenina que desea restringir el acceso a este servicio sanitario básico. Esto es injusto. La realidad es que hoy día este

movimiento ofrece muchas más alternativas solidarias que nadie de apoyo a la embarazada en apuros. Lo hace gracias a una altruista labor de voluntariado desinteresado.

Lo que pensamos muchos médicos y otros profesionales de ámbitos sanitarios es que, cuando se defienden y fomentan las alternativas al aborto, se está eligiendo defender *dos* vidas, la de la madre y la del hijo. El argumentario científico es más sólido que las ideologías politizadas.

Baste el siguiente ejemplo. Lo expresó con maestría el autor australiano Kurt Mahlburg.[9] Puso en berlina las contradicciones inherentes sobre la defensa de vidas humanas. Los lógicos lamentos ante la trágica noticia de un tiroteo y matanza de niños en una escuela de Texas en mayo de 2022 parecían ser totalmente compatibles con defender el *derecho* a matar a cualquier niño todavía no nacido:

> «Pienso en el sacrificio de niños como un fenómeno moderno, una barbarie que define a este país», lamenta Maureen Dowd en un artículo de *The New York Times* titulado: «Los sacrificios humanos de Estados Unidos».[10] «Estamos sacrificando a los niños, no solo a los que mueren, sino también a los que miran y a los que temen el futuro. Niños a los que se les quita el futuro. Pequeño sacrificio si podemos conservar nuestras armas».
>
> Dowd ciertamente pone ahí el dedo en la llaga, pero sin el menor rastro de ironía continúa: «(…) están haciendo todo lo posible para impedir que las mujeres tengan control sobre sus propios cuerpos y no hacen nada para detener la carnicería contra los niños (…)».
>
> Detengámonos un momento. Si la autonomía radical del «derecho de la mujer a elegir» reemplaza el derecho de un niño a no ser asesinado en el vientre materno, ¿por qué demonios habría que impedir que los estadounidenses conserven su derecho a portar armas según la segunda enmienda? Después de todo, el mero hecho de poseer un arma no es lo mismo que acabar con una vida, que es precisamente lo que consigue cada aborto.
>
> (…) Si vamos a hablar del sacrificio de niños y del aborto al mismo tiempo, empecemos por los 63 872 429 bebés sacrificados desde la aprobación de Roe contra Wade.[11]

Cuando en un debate sobre el aborto surge el *partial-birth abortion*, que es acabar con la vida de un niño cuando el parto está ya a medias, muchas personas proelección (*pro-choice*) responderán, como si fuese un reflejo condicionado de Pávlov, con la manida frase de que «toda persona tiene derecho a disponer libremente de su cuerpo y a recibir acceso a cualquier procedimiento médico».[12] Pero entonces la contradicción está servida, ¿por qué no van a estar a favor también del infanticidio, ya que el niño pequeño depende en todo de su madre para sobrevivir? ¿Dónde y por qué motivo científico bien fundado se puede poner un límite? La ciencia actual no apoya que cortar el

cordón umbilical ni ningún otro hecho biológico puede hacer que el *nasciturus*, el medio nacido o el nacido del todo, experimenten en un determinado momento un cambio que los haga pasar de no-humanos a humanos.

Las leyes que apruebe en un determinado momento un Parlamento no son un dogma, sobre todo si contradicen la realidad científica. Cuando ciertas leyes no respetan al ser humano, el ser humano —desde luego— tampoco suele sentirse muy obligado a respetar esas leyes. Quizás habría que recordar aquella frase atribuida a Otto Von Bismarck: «Las leyes, como las salchichas, dejan de inspirar respeto en proporción a cuánto sabemos de cómo están hechas».

En España no deja de ser curioso e intrigante que un partido político que estaba en la oposición pusiese inmediatamente un recurso de inconstitucionalidad contra la ley sobre el aborto a petición (ley de 2010). Ese partido, al poco tiempo, llegó al Gobierno con mayoría absoluta, teniendo en su programa electoral el propósito de reformar sustancialmente tal ley en cuanto llegase a gobernar. Después, el consejo de ministros de ese gobierno con mayoría absoluta aprobó el 20 de diciembre de 2013 una reforma de la ley de 2010, tal como era esperable y según lo que habían prometido al electorado cuando consiguieron mayoría absoluta.

Pero esa reforma nunca se aplicó. Para mí es un misterio. No solo para mí. Millones de electores se quedaron perplejos. La democracia nunca debería funcionar así. Hay que cumplir lo anunciado. Acabó dimitiendo el ministro de Justicia y el Tribunal Constitucional nunca respondió al recurso de inconstitucionalidad, después de doce años de espera. Todo esto suena a esperpento. Podría haber gato encerrado.

Al pensar en esta historia, recuerdo la anterior frase sobre salchichas y leyes atribuida a Bismarck. No todo lo incluido en una ley debería reverenciarse acríticamente, sobre todo si es una ley que conduce a acabar con vidas humanas.

Al otro lado del Atlántico, resulta muy instructivo estudiar el proceso de elaboración de la sentencia Roe vs. Wade de 1973 del

Tribunal Supremo estadounidense. Fue la decisión que liberalizó el aborto en EE. UU. Tiene una historia rocambolesca y llena de contradicciones. Esto lo constató Sue Ellen Browder tras bucear en las mil seiscientas cajas que contenían la documentación de esta sentencia. Lo narra en su libro *Subverted* (Ignatius Press, 2015).[13] Efectivamente, como es sabido, el 24 de junio de 2022, el Tribunal Supremo de EE.UU. anuló ese pretendido «derecho al aborto» que se había establecido cincuenta años antes mediante Roe.

Si alguien tiene dudas de la chapuza jurídica que suponía la ley basada en Roe vs. Wade, que desgraciadamente estuvo casi cincuenta años vigente, que lea el libro de Browder. Los prolongadísimos tentáculos (¡tan bien financiados!) de la *Big Abortion* se movieron como nunca, a partir de junio de 2022, para desprestigiar la nueva sentencia del Supremo. Obviamente, les iban muchas ganancias en ello. Se usó el miedo y la falacia. Por ejemplo, se llegó a afirmar, contra toda evidencia científica, que la anulación de Roe vs. Wade causaría un enorme incremento de la mortalidad materna. No es así.[14]

La realidad es que, durante cincuenta años, la sentencia estadounidense Roe vs. Wade subordinó la vida del nasciturus al deseo de la madre. Esto influyó desde 1973 en todo el planeta. Poco a poco, se fue extendiendo por todo el mundo la aceptación social y legal del aborto, que siempre había sido considerado como un mal por el estamento médico (juramento hipocrático). Parece que, a partir de junio de 2022, con la histórica decisión *Dobbs vs. Jackson Women's Health Organization*, que anuló Roe, empieza a cambiar el sentido de la corriente.

Hay que ponderar también con sensatez e inteligencia lo que la ciencia va aportando. Es especialmente interesante la información que se puede encontrar en *Human Life International* (www.hli.org) o en *Live Action* (www.liveaction.org), que cuentan con muchos millones de seguidores.

La ciencia demuestra con claridad meridiana que la identidad biológica de un ser no se define por quien lo cobija o quien le proporciona alimento, sino por sus códigos personales e intransferibles, que son genéticos e inmunológicos. Todas y cada una de las células de esa nueva criatura traen su marca propia de fábrica en sus genes y sus proteínas. Tales códigos son distintos de los de su madre. El nasciturus no es parte del cuerpo de la madre. En pleno siglo XXI, no se puede afirmar que el feto o el embrión sean un simple tejido materno sin cometer una grave y directa agresión a la inteligencia.

También es instructivo conocer que, según los estudios repetidos

que viene haciendo Gallup en EE. UU., se observa que, desde 2010, las posiciones *pro-life* (provida) y *pro-choice* (proelección) están prácticamente en empate técnico (cada una apoyada por el 4550 % de los ciudadanos, con pequeñas variaciones año a año).[15]

Son especialmente impactantes los vídeos testimoniales de la serie *Elige la vida* (*choose life series*) en el portal http://www.choice42.com. Se llama así, *four two* (es decir, «para dos») porque propone que elegir alternativas al aborto sería elegir lo mejor para las dos personas, madre e hijo:[16] «choice for two».

La mejor solución, como siempre, es la *prevención*. Los dos miembros de la pareja, él y ella, tendrían que haber tenido todo esto en cuenta antes, *mucho antes*, cuando se precipitaron al tomar decisiones. Ponerse mentalmente en este posible escenario futuro ayuda mucho a no equivocarse y evita tomar decisiones que luego dolerán.

En mi opinión, y en la de muchos colegas e instituciones, una buena opción, en ciertos contextos, para un embarazo imprevisto sería la *adopción*. No es perfecta ni mucho menos. Pero es una de las alternativas más positivas que se pueden elegir —dependiendo siempre de las circunstancias— en una situación tan difícil. Por supuesto que también implica dolor y trae consigo consecuencias que no son gratas. De todos modos, dejará mucho mejor parada a la madre a largo plazo y se salvará la vida del hijo, que, por supuesto, también tiene sus derechos sexuales y reproductivos, dicho esto sin ningún retintín ni ironía.

Una chica joven cuando tiene en sus manos al bebé que ha llevado dentro durante nueve meses y al que ha amado con todo su corazón tiene que pasar por el duro trago de decirse que quiere lo mejor para el bebé y considera que *ella misma* no es lo mejor. Se requiere estar dispuesta a pasar por ese doloroso trago para proporcionarle una familia a su hijo. Se necesita mucho valor, madurez y amor para desprenderse del propio hijo así. No es una decisión fácil, pero podrá compensar a largo plazo.

Hay muchos miles de solicitudes de adopción que están en lista de espera y esta solución es viable, aunque no sea sencilla. El hecho es que quienes han sido adoptados en estas situaciones, luego agradecen mucho a su madre biológica y a sus padres adoptivos que hubiesen acordado esta alternativa. Hay estudios epidemiológicos que muestran peor desarrollo afectivo y mayores riesgos futuros en los niños adoptados que en los que han crecido con sus padres biológicos, pero el dato clave es que esto solo sucede si fueron adoptados *años después de nacer*, casi siempre porque antes de la adopción sufrieron abandonos, abusos o maltrato.[17] Pero hay que reconocer que no hay ninguna salida cómoda ni agradable en un embarazo que no se planeó. Cada decisión lleva consigo repercusiones problemáticas a largo plazo.

Son muchos quienes creen que los contraceptivos o el preservativo les protegerán siempre del problema del embarazo imprevisto. En España, los jóvenes parecen tener una gran fe especialmente en la eficacia del preservativo, que es el método de control artificial de la natalidad más utilizado en nuestro país, ¡pero uno de los que más falla! Con uso típico (en condiciones reales) la OMS estima una efectividad contraceptiva del 87 % para el preservativo, mientras que, también en condiciones reales y con uso típico, esta efectividad es del 98 % para el método sintotérmico. El uso del preservativo en adolescentes españoles de quince a dieciocho años era muy alto, considerando solo quienes habían tenido relaciones sexuales. Dentro de este subgrupo, el 75 % de los chicos y el 78 % de las chicas usaban preservativo. Era bastante alto en comparación con la media de los cuarenta países que participaron en el estudio internacional de conductas escolares relacionadas con la salud.[18]

Sin embargo, un alto uso de preservativo y píldoras contraceptivas no impidió que los embarazos en adolescentes y los abortos siguiesen creciendo.[19] También se conoce que los embarazos entre los jóvenes ocurren con más frecuencia entre quienes, en teoría, estaban mejor informados respecto a la anticoncepción. Esto está bien demostrado en publicaciones científicas solventes.[20] Se ha comprobado y publicado, por ejemplo, que hacer más fácil el acceso a la contracepción de emergencia no se asocia a menores tasas de embarazos o de abortos.[21, 22]

El meollo del chollo

No es infrecuente que cuando una mujer se encuentra con un embarazo no planeado se le ocurra someterse a un aborto. La tasa anual de abortos en España —recuérdese que tenemos una cifra récord

de uso de preservativos entre los jóvenes— pasó de 5,7 abortos por mil mujeres en 1996 a 11,5 abortos por mil mujeres en 2019. Donde más creció fue precisamente en mujeres menores de veinticuatro años. Llamaba la atención durante las primeras dos décadas del siglo XXI que en el grupo de chicas residentes en España de entre veinte y veinticuatro años, entre el 1 % y el 2 % de ellas se sometía a un aborto, *cada año*. ¡Y esto se acumulaba año tras año! Pero, además, no había seguridad de que se hubiesen recogido en los datos oficiales el cien por cien de los abortos. Nunca se captura el cien por cien en estas estadísticas. Basta cotejar por comunidades autónomas el número de centros que los declaran. Probablemente están siendo muchos más que los que se declararon a las fuentes oficiales.

El preservativo parece que no arregló el problema. La píldora y el preservativo habían fallado en sus promesas.[23] La píldora se empezó a usar en EE. UU. con la promesa de acabar con los embarazos no deseados y tras más de cincuenta años de uso masivo de la píldora, la mitad de los embarazos eran imprevistos y al cabo de más de cuarenta años de uso masivo de la píldora las cifras anuales notificadas de abortos en EE.UU. rondaban el millón. Otras promesas *incumplidas* de la píldora eran acabar con la pobreza o curar el divorcio. No se cumplieron. Lo peor es que una tendencia similar a la de España, con muy escasas excepciones, se vino observando en todo el globo: se repartieron más preservativos y contraceptivos hormonales que nunca y los abortos contabilizados se mantuvieron iguales o ascendieron en la mayoría de los países. ¿No parece que había mucho negocio detrás?

Porcentaje de embarazos que acaba en un aborto provocado

España 2009-2019

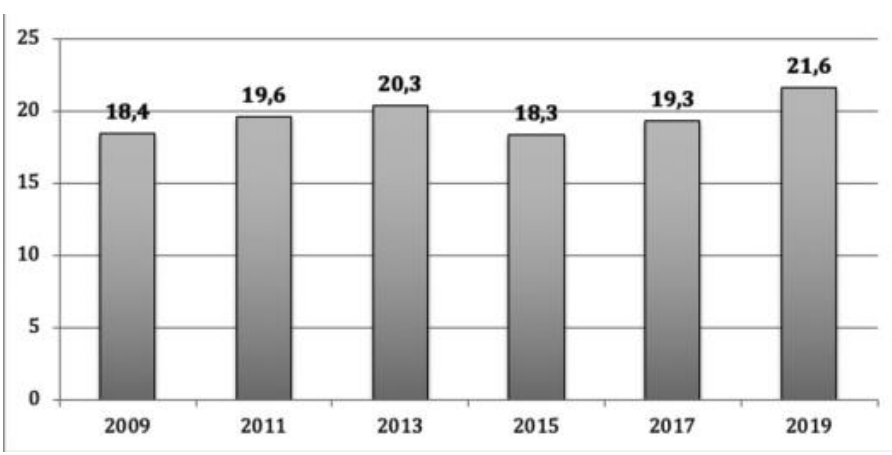


Figura 14. Proporción de abortos sobre el total de abortos + nacimientos.
Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Instituto Nacional de Estadística (www.ine.es) y del Ministerio de Sanidad (https://www.mscbs.gob.es/). Consultados el 14/8/2021.
Propiedad intelectua: Miguel Á. Martínez-González.

Un estudio epidemiológico a nivel mundial estimó que la tasa media de abortos provocados globalmente en 2015-19 era básicamente idéntica a la de 1990-94, con una media de cuarenta abortos por cada mil mujeres (de entre quince a cuarenta y nueve años) al año.[24] Parecía un resultado exagerado y, desde luego, muy trágico y doloroso, porque sugería que tanto énfasis en la contracepción para prevenir embarazos imprevistos no había logrado nada. Además, los autores de ese estudio, que no era nada sencillo, tuvieron que asumir muchos supuestos (bastante difíciles de comprobar). Basaban su estudio en los «embarazos no deseados» y esto es difícil —si no, imposible— de saber con exactitud debido a la escasez de estadísticas fiables respecto a embarazos imprevistos o «no deseados» y otras variables utilizadas.[25] Lo que sí es cierto es que los abortos en el mundo no solo no disminuyeron, sino que aumentaron, mientras se gastaban miles de millones de dólares en prevención de embarazos imprevistos, en preservativos y en fármacos contraceptivos. La realidad fue que los abortos habían *aumentado* en varios millones más cada año.

Soy un apasionado de la Salud Pública. A ella le he dedicado con cariño, esfuerzo y entusiasmo los mejores años de mi vida. He formado en Salud Pública a miles de médicos. El primer deber de la Salud Pública es la defensa de la vida humana. Resulta engañoso lanzar ese argumento de que los profesionales de la salud pública deberían incluir en su menú este «servicio». Esto es, sobre todo, un argumento que fomentan interesadamente los mercaderes de la patronal abortista. Habría que valorar si tiene fundamento científico. Como médico pienso que debería valorarse la realidad de la vida humana del no nacido con argumentos biológicos basados en las realidades científicas más básicas. No parece que los profesionales sanitarios estemos ahí para servir a la carta la muerte de cualquier hijo ahora no deseado y favorecer los intereses monetarios de la patronal. Hay un vacío para ofrecerles y facilitarles alternativas diferentes al aborto. **Las mujeres merecen que se les ofrezcan mejores alternativas y se apoye más a aquellas que desean elegirlas.**

La salud pública no parece que exista para destruir vidas humanas, sino más bien para todo lo contrario. Un *negociete* o negociazo no puede cambiar de este modo *la esencia* de las profesiones

sanitarias. Es bien conocido el descrédito y poca calidad médico-científica de los proveedores del aborto en esas clínicas privadas —las privadas son mayoría en la provisión del aborto— que cobran por proceso. Es bien conocido que entre los médicos que habitualmente buscan ese oficio abundan quienes carecen de prestigio y solvencia para encontrar una ocupación médica más digna y mejor reconocida entre la clase médica.

Como decía antes, la opinión pública ha cambiado radicalmente en EE. UU. desde 1990. El aborto cada vez está peor visto. En 1990, según el CDC, hubo 1 420 000 abortos; en 2019 habían bajado a 629 000; la reducción es muy superior a la esperable por el descenso del número de mujeres en edades fértiles.[26] Las tasas anuales por mil mujeres de entre quince a cuarenta y cuatro años bajaron de 24,0 a 11,4 en ese periodo (1990 a 2019). Pero no han dejado de ser fuertes las presiones de todo tipo, que contribuyen poderosamente al afán de lucro de las ya bien cebadas cuentas de resultados de la patronal (*Big Abortion)*.

Hay que tener en cuenta realidades que están presentes en la sociedad y hacen dudar de la consideración del aborto como parte de la práctica médica. Se ha constatado la extensión del llamado *duelo gestacional*. Consiste en que familias que han perdido a la criatura durante la gestación experimentan un sufrimiento real por ese triste infortunio. Los familiares, amigos y compañeros de estas parejas, al advertirlo, deben empatizar con quien sufrió esta pérdida y no deben quitarle importancia, sino que deben asumir y entender con realismo su dolor. Es un dolor análogo al que se siente cuando alguien pierde a un ser querido. Por eso no tiene sentido decirle, ¡ánimo, olvídate, que eres joven y ya tendrás otro! Lo inteligente es validar el dolor y la tristeza, y comprender que esa persona necesitará su tiempo, su espacio y, sobre todo, el apoyo de su entorno inmediato.

Desde el mismo momento en que una mujer ve el test de embarazo positivo, los dos en la pareja se sienten padres. Empiezan a pensar nombres para el bebé, antes de saber si será niño o niña, se lo imaginan, piensan qué hará en la vida, *etc.* Es decir, incluso a nivel emocional saben que está ya ahí su hija o su hijo. La madre sabe que tiene una vida dentro de sí que depende de ella. Se cuida por esa vida. Percibe claramente que es alguien que dependerá enteramente de sus cuidados. El sentimiento de sentirse responsable de su protección y de su salud es muy fuerte. Por eso, cuando ocurre un duelo gestacional, se recomiendan diversas prácticas para superarlo incluyendo el reconocimiento del no nato fallecido como un miembro de la familia. Como explica Esolen,

personas cuerdas, y que no son ignorantes de la ciencia, dicen lo que saben que es una tontería, que el feto es un **parásito** (los parásitos son invasores que vienen de fuera, no son de la misma especie que el huésped, y no son el resultado natural y saludable de la reproducción).

Dirán que el feto es un grupo de células, como una **verruga** (las verrugas son crecimientos más o menos patológicos de células de la piel, y no organismos).

Dirán que el feto es una **parte** de la madre (las partes son partes y no seres enteros; un dedo es una parte, pero el feto es un todo).

Dirán que el feto aún **no es humano** (por supuesto que es humano, como bien saben ellos; desde luego, no es ni canino ni equino ni bovino ni ninguna otra cosa más que humano).

Dirán que la decisión de abortar es «entre la mujer y su médico» (el médico es de alquiler, simplemente, y en cualquier caso los partidarios más radicales del aborto querrán que los médicos no puedan negarse a participar). (…)

Exigirán el apoyo del padre si la madre se queda con el niño, pero no conceden al padre ningún derecho a interferir en su decisión de acabar con la vida del no nacido (lo cual es una flagrante contradicción).[27]

En España, las leyes de la herencia consideran al no nacido (nasciturus) digno de derechos. En todas aquellas situaciones que le puedan ser favorables se asimila la situación del concebido no nacido a la del nacido, intentando garantizar así su protección jurídica. Esta situación favorable engloba la posibilidad de recibir una herencia, ya que comporta una adquisición de derechos. Por eso, resulta ampliamente contradictorio que haya otras leyes y otras prácticas que sigan expresando —contrariamente a la realidad biológica—[28] que no existe tal ser y le nieguen todos sus derechos al nasciturus, planteándolo solo como si solo se tratase de *una parte* del cuerpo de la mujer. Una sociedad no puede progresar humanamente entre tantas contradicciones que afectan al sentido de la vida precisamente en el primer y más primario derecho, que es el derecho a la vida.

¿Se ha llegado a esta negación de la evidencia científica a base de encuadrar el aborto como un tema *sexy*? ¿Ha sido todo cuestión de darle el encuadre (*framing*) necesario para la ingeniería social? Ya se sabe…, «si tu vida sexual va bien, lo demás no importa», como decía Esparza en una de sus frases, que ya mencioné. *¿Framing?* ¿Se han vuelto bastardos los intereses de la salud pública en este tema? La salud pública es mi especialidad médica. Desde esta base, y sin dejar de comprender la dolorosa contradicción, la situación de perplejidad y casi de estado de necesidad que la mujer puede sentir en esta situación de angustia, pienso que sería una destrucción de la salud pública darle prioridad a acabar con aquellos que requieren que los defienda la salud pública. Precisamente porque nadie más los iba a defender. Los más indefensos del mundo. Los más «parias de la tierra».

Si a los no nacidos no los defendía la salud pública, ¿quién los iba a defender? Por otra parte, los nasciturus son quienes más expectativa de vida tienen, son diferentes de sus madres y de sus padres genéticamente e inmunológicamente, y, por tanto, son nuevas vidas humanas, distintas del cuerpo de la madre. **Cuando se ofrecen alternativas y ayudas serias, ¡contantes y sonantes!, a las embarazadas que se hallan en estas críticas situaciones, la mayoría desisten de su idea inicial de abortar. Por ahí deben venir las soluciones.** Sucedió así con el cheque bebé que estuvo vigente durante un tiempo en España. Se redujeron mucho entonces los abortos.[29]

Puede sorprender que no haya habido un movimiento más fuerte de denuncia desde la salud pública de las asimetrías de trato a los mercaderes del aborto y a las embarazadas en apuros. La contradicción está servida. Cuando se trata de la obesidad, las multinacionales de la soda se pueden presentar como perversas. Pero cuando el tema es sexual, entonces sí que hay que ser megacapitalistas y absolutamente complacientes con los gigantes de ese negocio. Esto sucede con los favoritismos políticos a los capitalistas de las grandes corporaciones abortistas, empezando por *Planned Parenthood*, que se lucran a base de explotar a mujeres en situaciones difíciles. Es una patronal que hábilmente ha sabido trasvestirse de izquierda política, especialmente en EE. UU. Y así se ha silenciado cualquier crítica.

Sería penoso que se sometiesen a ese silencio cómplice algunas instancias de salud pública. Actuarían contra la propia razón de su existencia, para convertirse en parte del problema en vez de ser parte de la solución. Sé que no se lleva ni está de moda decir esto, pero siento la responsabilidad de expresar lo que pienso, como he hecho otras veces. ¿Sería acaso coherente hacer números para prevenir ciertos tipos de muertes, pero hacerlos en cambio para acabar con otras? Se precisan acciones de envergadura y de carácter internacional para que brille más la ciencia en estos temas.

La iniciativa ciudadana europea *One of Us* es de las primeras de este tipo registradas en la Unión Europea y busca defender a los indefensos no nacidos.[30]

One of Us defiende la máxima protección en Europa de la vida humana desde la concepción. Se apoya en establecer que el embrión humano es el comienzo del desarrollo del ser humano, tal como se define en la sentencia del Tribunal de Justicia (Brüstle vs. Greenpeace). Su reclamación, respaldada por millones de firmas, es que la Unión Europea ponga fin a la financiación de actividades que destruyen embriones humanos.

Pienso que a la patronal y a las corporaciones que viven de este negocio se les debería aplicar el mismo rasero que a otras corporaciones con actividades adversas a la salud, incluida, aunque parezca sorprendente, la liga de fútbol americano.[31] Se ha elaborado un «Manual del juego de la desinformación» (conocido como *Disinformation Playbook*), que describe las tácticas de corporaciones para impedir acciones gubernamentales en defensa de la salud, pero que afectarían negativamente a sus ingresos. Algunos ejemplos previos bien conocidos son las grandes tabacaleras, las industrias del carbón y del petróleo, la industria azucarera, el *lobby* de los productores de carnes rojas y procesadas o los sectores de la *Big Pharma* que desencadenaron la terrible crisis de muertes por opiáceos en Estados Unidos.[32] Uno se pregunta por qué no está entre ellos *Planned Parenthood*.

Los cinco pilares —bien identificados y reconocidos por los científicos— del manual de la desinformación son:

1. La **falsificación:** llevar a cabo ciencia falseada y tratar de hacerla pasar por investigación legítima.
2. El **bombardeo:** acosar a los científicos que hablan con resultados o puntos de vista inconvenientes para las corporaciones multinacionales.
3. La **tinta negra del calamar** (o *desvío*): sembrar una duda generalizada sobre la ciencia en cuanto empieza a haber evidencias que les perjudican, pero la ciencia es todavía escasa.
4. Los **conflictos de interés:** comprar credibilidad mediante alianzas con el mundo académico o con sociedades profesionales, a base de pagarles congresos, páginas webs o tener casi en nómina a algunos científicos o a médicos que son líderes de opinión en su especialidad.
5. El **apaño:** manipular a los funcionarios o los procesos gubernamentales para influir indebidamente en la política.[33]

Algunas de estas tácticas fueron usadas por sectores de la *Big*

Pharma involucrados en comerciar con contraceptivos, y corporaciones industriales pornográficas *online* (CIPO). ¿Las usó la *Big Abortion*? Para corroborar esto con evidencias bastaría leer a Bernard Nathanson, que estuvo muy dentro de esta patronal, tanto que fue denominado «El rey del aborto». Nathanson lideró los movimientos para liberalizarlo en EE. UU. Fundó la National Association for the Repeal of Abortion Laws (NARAL) en 1969.[34] Luego, se convirtió en un provida y desveló con documentos internos las manipulaciones que se habían empleado desde NARAL. Él mismo y sus colaboradores de la *Big Abortion* habían usado precisamente esas tácticas del manual del juego de la desinformación para lograr así lucrarse ampliamente con sus clínicas de abortos.[35]

> Públicamente, los defensores del aborto hicieron una serie de afirmaciones que eran simplemente falsas. Inventaron estadísticas con una imaginación salvaje. Decían que cientos de miles de mujeres estadounidenses, incluso millones, habían muerto a causa de abortos ilegales. El total real era de cientos, y eso solo a lo largo de décadas. Insinuaron que los abortos ilegales eran autoinfligidos y peligrosos. Pero la mayoría de los abortos ilegales, con diferencia, fueron realizados por médicos o enfermeras, que tenían acceso a antisépticos y antibióticos. Bernard Nathanson, en su momento director de la Liga Nacional de Acción por el Derecho al Aborto, admitió más tarde que la información que daban a los políticos era inventada, puro cuento.[36]

No hay fundamento epidemiológico alguno para apoyar que leyes restrictivas sobre el aborto dañen la salud de la mujer. Países con leyes restrictivas, como Polonia, tienen tasas de aborto bajísimas, sin haber experimentado ningún daño grave conocido para la salud de las mujeres. Es más, uno de los estudios que parecía sugerir que las leyes que protegían al nasciturus iban a dañar a la mujer —comparaba los estados y los años de calendario en México— tuvo que ser retractado, porque los autores cometieron un fallo (probablemente honesto) al interpretar al revés los resultados.[37] Específicamente, nada menos que interpretaron al revés el signo y, en vez de considerar correctamente el signo menos (–) de su tabla principal que indicaba que las leyes *restrictivas* sobre el aborto *reducían la mortalidad materna,* lo interpretaron equivocadamente como si fuese un signo más (+). Tuvieron que retractar el artículo porque las conclusiones entonces eran diametralmente opuestas a lo que habían escrito en el artículo. La realidad era que las leyes que protegían al feto, también protegían a la madre y precisamente fue eso lo que quedó más claro tras la retractación.[38]

Hay quienes se han enfrentado a esas corporaciones con valentía.

Plantarles cara es parte de la liberadora nueva revolución que ahora toca hacer. Depende de cada uno de nosotros. Es hora de que nos convirtamos en *salmones*, para salir de una cultura que puede ser tóxica. Dejar de ser *copy-and-paste* (copiar y pegar). Esta valentía queda patente en una espléndida película que sacó los colores a la gran industria del aborto en EE. UU. David contra Goliat. La película se titula *Unplanned* y habla de la mayor red de clínicas abortistas del planeta, Planned Parenthood.[39]

Es una denuncia valiente basada en una historia real de alguien que primero estuvo dentro y les plantó cara después. Está bien documentada. La protagonista es Abby Johnson, que fue la directora más joven de una clínica de Planned Parenthood en EE. UU. Además, fue premiada por esta organización de planificación familiar debido al alto rendimiento que conseguía en su clínica. Allí se realizaron veintidós mil abortos mientras ella estuvo involucrada. Abby Johnson pensó que era un modo de ayudar a mujeres en apuros. Se decepcionó al descubrir la verdad del negocio y que el auténtico interés de la organización era fundamentalmente comercial. Los directivos de niveles intermedios y altos de Planned Parenthood les presionaban a ellas (directoras de clínicas) para que forzasen a más y más mujeres a hacerse abortos. El *chollo* comercial eran los abortos y el *meollo* estaba en no distraerse mucho con la contracepción, sino en lograr que un porcentaje cada vez mayor de mujeres abortasen. Era un negociazo, y todos los empleados se convertían en títeres paulatinamente más presionados por ese afán de lucro, con una única finalidad: más abortos y más ganancias financieras.

Habría que preguntarse sobre muchas incoherencias de esta organización que fue puesta en marcha hace décadas por personas que eran declaradamente racistas. ¿Alguien ha cuestionado alguna vez el concepto *pro-choice*? Eso es lo que tanto pregonan (aparentemente, para defender la libertad de elección). Pero ¿cómo cuadra esto con el hecho de que Planned Parenthood se opusiese a los intentos de cada Estado de EE. UU. de regular el consentimiento informado en las

clínicas de aborto? Planned Parenthood fue agresivamente en contra de un adecuado consentimiento. ¿Por qué se han filtrado vídeos donde se ve y se oye a las altas jerarquías de Planned Parenthood vendiendo pequeños órganos de bebés abortados (para eso los bebés tienen que estar ya crecidos) y regateando al alza los precios a cobrar? En julio de 2015 saltó a la luz pública que Planned Parenthood vendía órganos de los fetos abortados. En concreto, uno de los vídeos encubiertos mostró entonces a la directora de Planned Parenthood, que se reía despiadadamente mientras decía: «Lo que yo quiero es un Lamborghini». Se refería a lo que cobraría por vender partes de fetos abortados y al carísimo coche que se compraría con esos dólares. El vídeo mostró que estaba regateando el precio por especímenes de hígados, pulmones y cerebros.[40] El 10 de marzo de 2013, Martín Mucha publicaba un reportaje sobre un «emperador del aborto» en España, que se hizo multimillonario a costa de este chollo.[41] Es uno de esos millonarios que quieren quedar siempre en la sombra.

Planned Parenthood funciona como un bien engrasado negocio y es parte de la *Big Abortion*. Cuantos más seres humanos elimine, más sustanciosas serán sus ganancias. La patronal abortista es muchas veces un lobo con piel de cordero. Recuerda a un personaje, Richard Roper, del *thriller* de John le Carré titulado *The night manager*. Roper es un potentado que aparece ante los focos mediáticos con la aureola de gran benefactor de los países pobres de África. Admirado como héroe de grandes gestas humanitarias. En el fondo es un infame traficante de armas. Se lucrará más cuantos más pobres mueran en las guerras africanas que él fomenta.[42] A más muertes, más gigantescos serán sus beneficios.

La situación actual afecta a la supervivencia de una cultura verdaderamente humana. La dignidad de un ser humano y el respeto a su existencia no debería nunca depender de la etapa de la vida en la que se encuentre ni de su nivel socioeconómico ni de su nacionalidad ni de la orientación sexual que tenga ni de la religión que profese, ni de la raza a la que pertenezca. Con la mujer que aborta hay que derrochar todo el cariño y toda la comprensión posible. No soy partidario de criminalizarla de ningún modo. Pero para esta multinacional de la muerte, lo que hay que hacer es pararle los pies, con firmeza suave, pero con ciencia y con inteligencia. A todos los mercaderes de este negocio les interesa mucho que no se hable de ellos ni que se mencionen para nada conceptos como los que aparecen en este libro.

Más todavía les agradará que todo esto se tome a chacota, se satirice y se ridiculice. Aplican etiquetas a quienes les puedan

estropear su chollo. Están bien organizados y saben cómo ejercer presión. Cuentan con las herramientas idóneas en las fuerzas mediáticas, en ciertas esferas científicas y políticas y en la cultura del entretenimiento para desprestigiar a quien intente defender los intereses de los seres humanos no nacidos, de las jóvenes o de la salud pública. No toleran nada que pueda poner en riesgo sus macizas cuentas de resultados. Si alguien lo duda, que constate la historia de Abby Johnson o que vea un vídeo de María del Himalaya, una enfermera española que pasó años trabajando en una clínica abortista.[43] La gran patronal mundial del aborto (*Big Abortion)* es así una inmensa maquinaria promotora de desinformación para multiplicar sus resultados financieros. Le basta invertir el 10 % de sus pingües beneficios en intoxicar la opinión pública o la literatura científica, o en financiación de políticos, para negar lo obvio: que el aborto destruye la vida del hijo y puede perjudicar mental y psíquicamente a muchas mujeres.

Al ser un asunto *sexy* y comercialmente atractivo, la epidemiología de la relación aborto-salud de la mujer resulta proclive a manipulaciones y sesgos. El estudio Turnaway, que se realizó en 2008-2010, merece ser confrontado. Los medios de comunicación le dieron bombo y platillo, especialmente cuando se esperaba la anulación de Roe. Aparentemente, era un estudio epidemiológico que pretendía ofrecer respuestas definitivas a preguntas debatidas sobre la relación entre aborto y salud de la mujer. Se trató en realidad de un esfuerzo a gran escala que manipulaba la ciencia para montar una narrativa falsa con la finalidad de defender que el aborto era preferible al parto de un embarazo no deseado. El estudio Turnaway dio lugar a diversas publicaciones. Pretendía demostrar que las mujeres que abortaron tuvieron mejor futuro en su economía y su salud, incluida su salud mental, que las que no abortaron. Pero era un estudio que contradecía frontalmente multitud de resultados previos y metodológicamente más rigurosos (se verán más adelante) que mostraban depresión, ansiedad, abuso de sustancias y conductas suicidas asociadas a haber abortado. La financiación del Turnaway procedió del billonario Warren Buffett, que aportó más de 88 millones de dólares para apoyar a un grupo de investigadores seleccionados por haber expresado previamente opiniones políticas a favor del aborto. La investigación tenía como objetivo explícito desacreditar las justificaciones habituales de las restricciones al aborto, incluido el riesgo para la salud mental. Los diversos problemas metodológicos de Turnaway han sido detallados por Coleman,[44] que es una investigadora que sí llevaba décadas publicando sobre consecuencias

del aborto para la salud de la mujer. Se invalidan las conclusiones de Turnaway por sus bajas tasas de retención a cinco años. Esto lo entendemos especialmente quienes llevamos más de media vida metidos en estudios de seguimiento a largo plazo. También sucedió lo mismo en otros pocos estudios que defendían la inocuidad del aborto. No se puede saber si ese 50 % o más de mujeres que se pierden[45] y no vuelven para ser evaluadas no volvieron precisamente por tener una depresión u otra enfermedad mental o por haberse suicidado. Obviamente, esto invalida las conclusiones del estudio.

Hay otros gravísimos problemas metodológicos[46] en el estudio Turnaway cuya descripción excede los objetivos de este libro, pero quien esté interesado puede valorarlos leyendo la publicación específica de Coleman y otras fuentes.[47]

De todos modos, el tema en sí es muy delicado. Muchas veces, el origen está en el engranaje social del que desgraciadamente la mujer no tiene nada fácil escapar. Muchas personas ven el tema del aborto con la óptica propia de quien conoce y quiere mucho a una mujer que ha pasado por ahí. Hay mujeres que sufren lo indecible por abusos masculinos, luego se encuentran solas, sin ayuda, y acaban recurriendo al aborto. Cualquier aproximación debe empezar por esta profunda empatía y comprensión con la embarazada en apuros. Son situaciones extremas que pueden estar condicionadas por amplias circunstancias muy duras. Desde luego, lo primero es buscar esa ayuda real para ofrecer alternativas mejores. Porque el aborto acaba dañando a muchas mujeres. No solo es víctima el nasciturus. También lo es la mujer.

Si alguien dudase del daño psicológico que el aborto produce en muchas mujeres que han abortado (no en todas, desde luego, como siempre sucede en epidemiología), puede consultar la web *afterabortion.com*.[48] Se define como un lugar neutral, no político ni religioso y sin prejuicios para que las mujeres se comuniquen entre sí después de haberse sometido a un aborto. Echarle una ojeada al muro de esta web donde las mujeres detallan hechos desencadenantes de sus reacciones emocionales adversas permite vislumbrar la agonía que puede suponer un día normal para algunas mujeres que han abortado. No es inmediato. Suele tardar meses o años. Pero muchas se vienen abajo emotivamente al ver comercios de ropa para la maternidad o tiendas de ropa de bebé, o cada vez que pasan al lado de un cochecito o una cuna con un niño, o al ver a una amiga que está embarazada, o al oír a un niño que dice «mamá». Son estímulos que acaban rompiendo una cuerda que ya estaba muy tensa. Incluso el día que tienen la menstruación o cuando oyen el sonido de una aspiradora, les

recuerda el procedimiento al que se sometieron. Todo esto trae a su memoria el hijo o hija que no quisieron tener y del que se deshicieron. Cada estímulo puede volverse muy doloroso. Y es un dolor que resucita con cada repetición. Lo mismo les sucede a otras con cada aniversario de la fecha del aborto, o cuando ven la propaganda comercial del Día de la Madre. Muchas de ellas son mujeres jóvenes que describen que se les han disparado estos sentimientos dolorosos mientras iban por la calle o veían la tele con sus padres o con su novio, y tuvieron que ocultar su pena y su rabia. No es de extrañar que se conecten a esa web para encontrar una hermandad internacional de mujeres con las que solidarizarse y ampararse en su compañía para remediar la miseria que sienten. La forma de anular esta realidad, cancelarla y relegarla a la inexistencia es abarrotar lo mediático de argumentos falaces, llenos de charlatanería (y no de ciencia) precisamente sobre la felicidad y la liberación de la mujer. Basta que la *Big Abortion* dedique a lavar su imagen ese 10 % o menos de sus inefables ganancias para que la opinión pública le acabe siendo favorable. Parecería que de poco sirve tener razón, cuando se pone en contra tanta plata.

Siempre me ha llamado la atención la asimetría en la financiación de cada uno de los dos bandos, *pro-choice* y *pro-life:* la patronal abortista nada en la abundancia económica, porque cuantos más abortos hace, más financiación genera. En cambio, el movimiento provida es económicamente precario, pues solo vive de donativos y voluntariado. No hace ningún negocio. Los provida no tienen tanto dinero, pero ahí siguen y han ido consiguiendo avances en la opinión pública tanto en EE. UU. como en Europa (véase la iniciativa *One of Us*) y, tras una admirable y meritoria perseverancia, han logrado un cambio histórico en la legislación estadounidense.

A la gran patronal abortista le compensa hacer una potente inversión económica para lavar su imagen (también a base de financiar artículos de opinión, incluyendo revistas médicas y sociedades científicas), porque cuanto más ambiente social y mediático propicio al aborto exista, más abultada resultará su cuenta de resultados. Pero así también se infla otra *cuenta de resultados*. La de nuevos casos de adicciones a sustancias, depresiones y suicidios, como se verá más adelante. Que los reparos al aborto no son solo éticos, y mucho menos ideológicos, sino científicos, lo muestra también, por ejemplo, una investigación de la Universidad de Oxford, financiada por la British Heart Foundation (BHF). Estimaba que el corazón del embrión empieza a latir muy pronto, antes de lo que se pensaba, solo dieciséis días después de la fecundación.[49] Medir el latido en ese

momento resulta difícil debido al pequeño tamaño cardiaco. Pero a la sexta semana de embarazo ya se puede detectar el latido mediante ecografía. Basándose de esta realidad científica médica, en mayo de 2021 se aprobó en Texas la ley denominada *Senate Bill 8 (*SB-8*)*, que, a partir de su entrada en vigor (septiembre de 2021), prohibía los abortos si ya se detectaba latido del corazón. Las once clínicas abortistas en Texas de la principal multinacional de *Big Abortion* (la antes mencionada Planned Parenthood) dejaron entonces de realizar abortos de más de seis semanas.

La ley SB-8 está redactada de modo muy inteligente. La carga de la culpabilidad no recaería nunca en las mujeres que se someterían a un aborto, sino en la patronal que se lucraba por hacerlo. El cumplimiento de la ley no dependía de unos jueces, sino que recaía por completo en los ciudadanos que deseasen defender la vida humana, que podrían denunciar a estas clínicas si incumplían la ley. No es fácil frenar esta ley tejana porque no se pueden recurrir demandas que todavía no se han producido. Esto hizo que la SB-8 no pudiese ser paralizada por ninguna interferencia judicial. Tampoco se la puede acusar de castigar a las embarazadas, porque a ellas no se les impone multa o pena alguna. Solo se castiga a la multinacional que se lucra. La lucha contra la SB-8 seguirá en EE. UU. Las corporaciones abortistas seguirán moviendo todos sus inmensos tentáculos económicos, mediáticos, publicitarios y políticos para abolir la SB-8 y poder así seguir abortando al embrión con corazón latiente.

Pero cuando el *lobby* abortista Centre for Reproductive Rights intentó una maniobra para que el Tribunal Supremo de EE. UU. detuviese esta ley, no pudo conseguirlo, ya que el 1 de septiembre de 2021 el Supremo decidió (por cinco votos contra cuatro) que no se justificaba tal petición de bloqueo, sin entrar a valorar el fondo de la ley. Pero seguirán atacando a la SB-8 por todos los medios. Lo interesante de esta historia de septiembre de 2021 en Texas es que

- ► Pone frenos a un negocio que ha resultado mortal para tantos millones de embriones humanos.
- ► Da protagonismo a cualquier ciudadano de a pie, que deja de ser un mero *minion* del gobierno, de los partidos o de las burocracias oficiales, para poder tomar ahora la iniciativa.
- ► A los mercaderes de *Big Abortion* se les estropea el chollo que tenían, ya que perderán gran parte de sus pingües ganancias y pueden tener que acabar cerrando sus clínicas, pues el 85 % de la demanda de abortos en Texas era de más de seis semanas.
- ► Demuestra que las falacias que la Nada ha ido expandiendo por el

mundo pueden detenerse, a base de no amilanarse, sino crecerse en un entorno adverso, plantarles cara y actuar con valentía, inteligencia y persistencia.

- ► Establece un precedente que puede animar a otros estados de EE. UU. a promulgar leyes similares.

De hecho, poco después, otros estados estaban estableciendo leyes similares. Se podrían tildar de pasos políticamente incorrectos, pero están sucediendo en plena tercera década del siglo XXI en el país más influyente y avanzado médicamente del mundo. Defender la vida humana no es un tema político, insisto. Cualquiera con un mínimo de memoria es consciente de la inconsistencia de ciertos protagonistas de la política, porque podrá comprobar con qué facilidad y sin rubor alguno declaran hoy una posición para defender al día siguiente exactamente la contraria. Parecen la veleta que está en lo alto de un edificio, gira y gira, pero no aporta nada para darle solidez a la construcción. De ahí la fragilidad intelectual de dejarse llevar por lo políticamente correcto o por ciertas piruetas legislativas, ciertamente misteriosas. En cambio, la buena ciencia y el conocimiento de la auténtica realidad acaban estableciendo los fuertes pilares que sustentarán la cultura y el progreso de una sociedad. La ciencia no es la voluble veleta errática, sino el rotundo cimiento, casi siempre oculto, que dará su consistencia al resto del edificio. Como dijo Aristóteles: «La ciencia tiene las raíces amargas, pero muy dulces los frutos».

No solo es la ciencia (ecografía, genética, inmunología, expectativa de vida, etc.) la que dice que el embrión *es humano* y que, por tanto, el aborto *mata*. También hay datos rigurosos que apoyan que la mayor parte de *las propias mujeres que abortan* aceptan y comparten la visión de que el aborto realmente *acaba con otro ser humano distinto de ella.* Aunque ella le haya suministrado los materiales básicos para su desarrollo intrauterino, advierte que es una criatura con otra genética distinta, otro corazón, otra inmunología que lo hace único, es un ser que le sobreviviría muy probablemente a ella y que podría ser quien la cuidase cuando ella fuese una anciana. Todo esto es inevitable pensarlo. Mucho más cuando ven la foto de su hija/o por primera vez en una ecografía con la definición y precisión que actualmente tienen.[50]

Si el aborto *mata*, la salud pública hace definitivamente mal facilitándolo. Las mujeres que abortan lo hacen porque asumen erróneamente que su vida como seres humanos se ha destruido por ese embarazo no planeado, es decir, por la irrupción de ese *otro* ser

humano. Y lo ven así porque no se le ofrecen suficientes alternativas distintas al aborto.

Si el embarazo fuese de un cactus no habría ningún problema en quedarse embarazada. Lo es precisamente porque lo que ahí hay es un nuevo ser humano.[51]

Y todos lo saben. La primera, su madre. Así que, esa persona, ahora tan pequeñita, es el problema. Todos fuimos algún día así de pequeñitos… Pero éramos nosotros mismos. ¿Pero cómo esa pequeña y débil persona va a tener la culpa de nada ni va a ser ningún problema? ¿Qué mal ha hecho?

Algo que resulta plenamente coherente con el conocimiento científico actual es defender la vida del hijo y *de la madre* a la vez. Nadie piensa realmente que el aborto sea un éxito. Las mujeres celebran con sus familias y amistades el haber tenido un hijo. Ninguna ha celebrado así un aborto. Es un fracaso. También para la mujer. Incluso los acérrimos defensores de la liberalización del aborto, que han acuñado las siglas eufemísticas «IVE» (interrupción voluntaria del embarazo), algo *typical Spanish*, para enmascarar la realidad y manipular el lenguaje, proclaman que debería ser «seguro, legal y raro». Es una frase que repiten una y otra vez. En teoría quieren que sea «raro», infrecuente. Pero, en torno a 2020, razones profundamente monetarias hicieron que Planned Parenthood empezase a obviar el lema «seguro». Prohibieron usar la percha como símbolo en las manifestaciones proaborto. La razón era que esta multinacional-tiburón descubrió que estaba haciendo mucha caja con las ganancias por abortos químicos que les proporcionaban a las mujeres para que se los hicieran ellas solas en su propia casa (a pesar de las demostradas complicaciones).[52] Pero hacerlo en casa ahorra el sueldo de médicos y las dificultades de encontrar profesionales sanitarios que se quieran dedicar a una actividad que les suele repugnar por lo que han estudiado y por el sentido mismo de su profesión.

Deberían resaltarse más las percepciones de la mujer con un embarazo no deseado.[53] Aquellas que, en vez de abortar, deciden

continuar con su embarazo, están demostrando mucha valentía. Han sabido superarse ante las dificultades y manifiestan una personalidad llena de recursos. Serán más propensas a acabar *poniéndose el mundo por montera* y a salir fortalecidas, porque habrán crecido mucho como mujeres. Salir adelante con su bebé no es entonces algo agradable ni sencillo. Requiere mucho coraje, control de la situación, abnegación, confianza, resiliencia y madurez afectiva.[54] Es lo que más les conviene tanto para su *salud psíquica* como para su futuro control afectivo y su felicidad.

Aunque se le haga desaparecer del útero, el bebé *no desaparecerá nunca de su mente*. Hay estudios (no todos, desde luego) que proporcionan evidencia científica del mayor riesgo futuro de depresión, suicidio, abuso de drogas y maltrato a los hijos entre las mujeres que se sometieron a un aborto,[55] como aparece en la figura 15.

Riesgos relativos (factor por el que se multiplica el riesgo) de problemas mentales en las mujeres que se han sometido a un aborto provocado

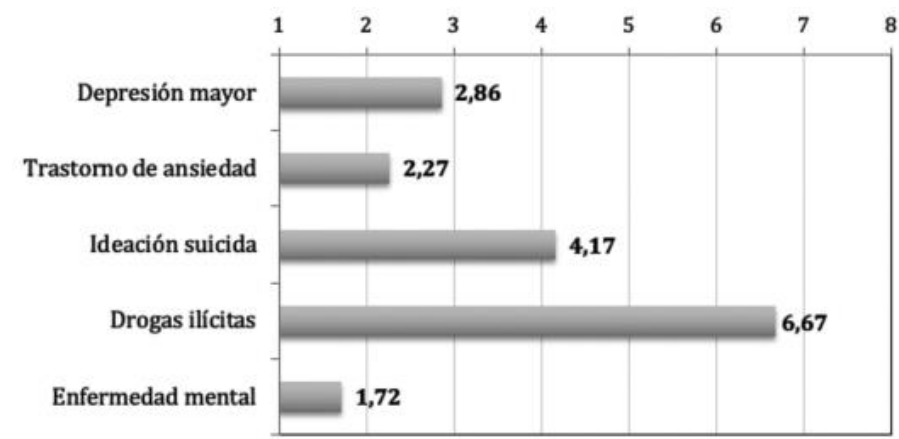


Figura 15. Riesgos para la salud mental de la mujer asociados al aborto provocado.
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Fergusson, *et al., J Child Psychol Psychiatry*, 2006; 47:16-24. Se trata de una cohorte de mujeres seguidas exhaustiva y repetidamente, año tras año, durante más de veinticinco años, desde su nacimiento, con excelente control de las variables pre-aborto, hasta que desarrollaron algún trastorno o acabó el seguimiento.
Propiedad intelectual: Miguel Á. Martínez-González.

Se han publicados también otros estudios epidemiológicos que *no* encuentran un daño psíquico significativamente superior en asociación con el aborto inducido, pero podrían ser más criticables que los

resultados de la cohorte más robusta (presentados en la figura 15), por sus métodos, por ejemplo, por usar solo datos parciales, que incluyen solo la patología psiquiátrica atendida dentro de hospitales, y olvidarse de la mucho más frecuente que se atiende ambulatoriamente, o por basarlo todo en escalas y desenlaces subjetivos sin diagnósticos médicos, o por las muchas pérdidas de información que sufrieron en el seguimiento. También les restan credibilidad los conflictos de interés declarados de sus autores.[56]

El hecho constatado por la mejor epidemiología es que un aborto es un suceso altamente estresante y psíquicamente traumático para muchas mujeres.[57] No para todas, desde luego, pero hay argumentos de causalidad, como pasa con muchas otras relaciones causa-efecto demostradas por la epidemiología observacional. De lo que nadie duda científicamente es de que nunca se puede defender el aborto como un medio de «mejorar» la salud mental de la mujer, porque ningún estudio epidemiológico serio y libre de conflictos de interés ha demostrado que el aborto *mejore* la salud mental.[58, 59, 60] El daño psicológico patente en los mejores estudios no afecta de igual manera al padre de la criatura. La carga va sobre todo a la madre. Mientras no se fomenten alternativas (incluyendo ayudas económicas) a favor de la vida y del buen hacer, ¿dónde está la aducida igualdad?

Yatrogenia: los riesgos físicos

Los riesgos físicos del aborto provocado, por legal e «higiénico» que sea, no se pueden esconder. Basta leer un informe oficial reciente de Estados Unidos:[61]

> … estudios científicos y médicos fiables confirman los riesgos físicos y psicológicos del aborto. En el mayor estudio del gobierno, el Informe del Grupo de Trabajo de Dakota del Sur, se revisaron los estudios científicos y se escucharon los testimonios de expertos médicos y de mujeres postaborto. El Grupo de Trabajo llegó a la conclusión de que el aborto tiene graves consecuencias físicas y psicológicas y que las mujeres deben ser protegidas. (…)
>
> El informe refleja que el aborto pone a las mujeres en una situación de mayor riesgo de lesiones físicas, incluyendo el riesgo de infección, fiebre, dolor y calambres abdominales, hemorragias, necesidades de recibir transfusión de sangre con sus consiguientes riesgos, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar o de líquido amniótico, lesiones en el cuello uterino, la vagina, el útero, las trompas de Falopio y los ovarios, el intestino, la vejiga y otros órganos internos, complicaciones de la anestesia (que son mayores con la anestesia general), imposibilidad de extraer todo el contenido del útero (dejando dentro partes del feto/bebé o la placenta), necesidad de repetir la cirugía, posible hospitalización, riesgo de más intervenciones quirúrgicas, como laparoscopia o laparotomía exploratoria, posible histerectomía (pérdida del útero y

consiguiente infertilidad), reacciones alérgicas a los medicamentos, diagnóstico erróneo de un embarazo intrauterino con presencia de un embarazo tubárico o abdominal (que requiere un tratamiento diferente con medicamentos o una intervención quirúrgica más amplia), posible embarazo molar con necesidad de tratamiento adicional, reacciones emocionales (entre otras, depresión, culpa, alivio, ansiedad, etc.), la muerte de la mujer, y el riesgo de que nazca un bebé vivo y lesionado o con discapacidad.[62]

Se puede consultar la web www.hli.org/resources/risks-ofabortion para obtener una cuantificación numérica de cada uno de estos riesgos. Por otra parte, al hablar de aborto, no se puede dejar de considerar la política impuesta por el gobierno de China hasta hace unos años, donde se estuvo obligando durante décadas a mujeres a abortar cuando tenían su segundo embarazo. Quienes han defendido la liberalización del aborto en Occidente, habitualmente han escondido esta tragedia detrás de términos edulcorados como «libertad» o «elección» (de hecho, se autodenominan *pro-choice*).

¿Qué dijeron cuando el aborto era *compulsivo y obligatorio* en China y no había elección posible? Podría parecer impensable que un estado llegara a obligar a una mujer a acabar con la vida de su hijo, contra la voluntad de la madre, pero así sucedió en China. Este país impuso su política de restricción de la natalidad en 1979. Ahora causan horror los métodos usados entonces: los ciudadanos, aterrorizados de ser descubiertos por el gobierno, abandonaban o mataban a sus propios hijos. Oficialmente, el gobierno condenaba el uso de la fuerza o crueldad para controlar la natalidad; pero, en la práctica, los encargados del control sufrieron tanta presión para limitar la natalidad que acabaron formando *escuadrones de aborto*.[63] Esos escuadrones arrastraban a las madres *clandestinamente* embarazadas y las mantenían en la cárcel hasta que se sometían al aborto. Fundamentalmente se abortaban a los fetos que eran niñas.

Gendercide: el genocidio femenino selectivo

Las *niñas* son las mayores víctimas de la presión intolerable por limitar la familia que se impuso en la dictadura china. De acuerdo con las estadísticas oficiales, más del 90 % de los bebés abortados eran niñas. No cabe una actuación más *antifeminista*. Se acababa con estas vidas *precisamente* porque eran de sexo femenino. Y solo por ese motivo. No solo pasó esto en China. El aborto selectivo de mujeres se dio mucho en otros países (India, Corea, Taiwán) y está empezando a ocurrir en Occidente.

En 2006, ya se estimaba que en la India se había producido durante las dos últimas décadas un *genocidio* de diez millones de fetos

femeninos.[64] La situación empeoró después.[65] El número de nacimientos «perdidos» de niñas en el mismo país creció desde 3,5 millones en 1987-96 hasta 5,5 millones en 2007-16. Además, esta supresión selectiva de niñas se extendió a otros países. Son parte de las graves consecuencias que trajo para el sexo femenino la aceptación social del aborto y la caduca revolución sexual del 68.

A esto se le ha llamado «gendercide» (genericidio). La única razón para acabar con el bebé es que iba a ser una niña en vez de ser un niño. No había ningún dato más sobre ese bebé: solo que su sexo era femenino. El antifeminismo más extremo. Lo más lamentable es que casi nadie protestase por lo que sucedió en China y lo que sigue sucediendo ahora con este feminicidio selectivo también en India y otros países. ¿Cómo se explica la pasividad y la inhibición ante esta persecución selectiva al sexo femenino? ¿Cómo se puede entender el silencio ante la agresión a la libertad de la mujer que supone la intromisión del estado en las decisiones sobre la natalidad, que pertenecen al ámbito más personal y privado, obligando a mujeres a abortar contra su voluntad? Detrás del aborto selectivo femenino vino también el infanticidio solo de niñas. En ciertas regiones asiáticas hay setecientas cincuenta niñas por cada mil niños. Faltarían más de doscientas niñas por cada mil niños nacidos.[66]

Esta supresión de vidas femeninas es parte de las graves consecuencias que produjo la aceptación social del aborto, especialmente para las mujeres. Es una llamativa paradoja. Lo que se usó como bandera del feminismo se convirtió en su peor azote. Son cosas que suceden cuando se aparca la buena ciencia, etiquetándola de ideología, sin más, y se mueve todo según la veleta de lo comercialmente más rentable o lo que mejor se alinea con una determinada ideología.

El aborto puede convertirse en *la nueva píldora del día después*. Un contraceptivo de emergencia, sin más. Es muy machista el planteamiento de que, si algo falla, «ella siempre podrá recurrir al aborto». Ella. No él. Desgraciadamente, hay veces en que este pensamiento se da y es el varón quien lo lanza —como un arma arrojadiza— a la cara de la chica a la que había dejado embarazada.

El complejo problema del aborto necesita ser valorado en su totalidad, sin fundamentalismos de ningún tipo. Hay que considerar hasta dónde puede llegar el estado del bienestar. Resulta necesario confrontar las muchas situaciones de injusticia para la madre, y las dolorosas situaciones en que se puede encontrar una mujer, tanto al abortar como al seguir adelante con un embarazo no planeado. Todas estas consideraciones deben tenerse en cuenta en todo momento. Ni la

chica ni el chico deberían considerarse totalmente protegidos frente a estos riesgos. La Medicina Preventiva debe llegar a las decisiones que se tomaron antes.

¿QUÉ IMPACTO PSÍQUICO TIENEN TUS RELACIONES ROMÁNTICAS?: HIGIENE MENTAL

(¿Tiene algo que ver la abundancia de suicidios en jóvenes con la hipersexualización del ambiente?**)**

Precocidad y salud mental

A medida que avanzaron en el mundo las consecuencias de la revolución sexual global que se inició en el mayo del 68, los psiquiatras se fueron asombrando al contemplar los muchos problemas de salud mental en los jóvenes que acudían a sus consultas. Muchos problemas se relacionaban con su afectividad y sexualidad. Además del daño físico de una sexualidad no humanizada, hubo un daño *psíquico*. Las emociones gratificantes y placenteras, incluidas las sexuales, pueden beneficiar al cerebro y al organismo en general. Pero su descuadre y su exageración también acarrean trastornos. Pasa como con la alimentación. Un patrón alimentario adecuado a las necesidades calóricas y bien equilibrado nutricionalmente beneficia a la salud física y también a la salud mental, pero si la gente se deja llevar por la glotonería y los atracones y no sabe gestionar bien sus apetencias, aquello acaba muy mal, tanto física como psíquicamente.

En algunos estudios, consta que el 20 % de la población está medicada por trastornos anímicos, fundamentalmente por depresión. Para quien nunca la ha padecido no es fácil hacerse una idea del sufrimiento que supone una depresión. Deja el corazón seco como el desierto del Sáhara. Va muy en serio. Destroza. Impide disfrutar de la vida. Anula la capacidad de gozar. Ni siquiera permite dormir un solo día en paz. Hace que el alma duela mucho. Desaparecen las ganas de vivir. Conduce a la ideación suicida.

Entre 2009 y 2017, la proporción de adolescentes escolarizados que contemplaron el suicidio creció un 25 %. Entre 2005 y 2014, los adolescentes diagnosticados con depresión clínica aumentaron un 37 % de media, mucho más en chicas que en chicos. Las tasas de conductas autolesivas han aumentado un 62 % desde 2009 en las adolescentes. Los jóvenes están sufriendo. Están en medio de lo que el psicólogo Jonathan Haidt llama una «crisis de salud mental». Cuando preguntan a Haidt qué hay detrás de la crisis, no suele dudarlo: los contenidos de las redes sociales. Yo añadiría: y la distorsión total que

se hace de la sexualidad en esas pantallas. En las primeras décadas del siglo XXI, la sociedad técnicamente más avanzada de la historia era una sociedad profundamente enferma, con más de trescientos millones de personas con depresión. Desde 2008, el suicidio se convirtió en la primera causa externa de muerte. Algunos pedían la eutanasia sin estar enfermos. Nulas ganas de disfrutar de la vida. Bastaba, en cambio, por contraste, ver a esos alegres jóvenes comprometidos con ideales nobles y generosos para no dudar de que estos problemas tenían solución y la nueva revolución del amor en serio sí que era gozosa. Pero la prematuridad en las relaciones y la promiscuidad dañan la salud, también la salud mental.[1] Así lo afirmaron, tal cual, los CDC de Atlanta: «La actividad sexual precoz está asociada a riesgos para la salud emocional y física ».

La expresión utilizada por esta importante agencia de salud pública, «salud emocional», debe considerarse seriamente. Siguen diciendo los CDC:

> Retrasar la iniciación sexual se asocia a una disminución del número de parejas sexuales a lo largo de la vida. Por su parte, tener menos parejas a lo largo de la vida se asocia a una disminución de la tasa de ETS. Además, el embarazo en la adolescencia está asociado a una serie de factores de riesgo negativos no solo para la madre, sino también para su hijo.

El sexo es mucho más que un acto fisiológico para satisfacer una necesidad biológica o emocional. Va más allá de una hormona que no se pueda controlar. La sexualidad implica todos los aspectos del ser humano, afecta a la persona entera, también a la órbita psíquica y de salud mental, y no solamente a sus órganos genitales.[2] A diferencia de lo que ocurre en los animales, la sexualidad humana no es mera genitalidad. Es mucho más. No se es hombre o mujer solo por tener o no algo entre las piernas. No. La sexualidad humana abarca todo el ser. Configura cada célula. Influye en el cerebro, en las percepciones, en el carácter, *etc.* Va mucho más allá de lo meramente genital y externo. **Saber gestionar adecuadamente las apetencias en los ámbitos de la alimentación y de la sexualidad otorga a la persona una connaturalidad afectiva, es decir, una especie de complicidad con lo que le va a proporcionar un bien.**

Es lo que los clásicos llamaron *templanza* y se refiere a poner un orden y una gestión verdaderamente inteligentes en la tendencia natural al placer en la comida, en la bebida y en el sexo. Si el placer fuese algo perjudicial, gestionarlo bien significaría anularlo en todos los casos. Pero, afortunadamente, no es así. El placer es bueno y todo ser humano tiende hacia él. Sin embargo, que sea bueno no implica

que lo tenga que ser siempre y que no tenga medida. Basta pensar un poco para darse cuenta de que hay placeres que pueden no ser nada buenos para la persona en un caso concreto, tanto en la alimentación, como en la bebida, como en la sexualidad. No aprender a gestionar bien las pulsiones lleva a no ser capaz de estar verdaderamente con los demás. Por eso, no hay nadie a quien no le interese aprender a gestionar bien sus inclinaciones al placer. Quien no aprenda a gestionarlas, se habrá creado un gran enemigo en sí mismo que puede destruirle. Los muchos gozos placenteros habituales que otros saben apreciar y gozar le parecerán menores, sosos, aburridos y no le dirán nada, porque se ha enganchado ya a estímulos excesivos. Necesitará llegar a experiencias desorbitadas, y solo ante ellas podrá experimentar algo positivo y agradable. Además, el umbral irá subiendo y cada vez tendrán que ser más extremas esas sensaciones. Acabará teniendo que sufrir muchas frustraciones. Camino de la depresión.

En cambio, quien se gradúe en un auténtico «máster» en esta gestión sabia e inteligente del placer, habrá convertido sus inclinaciones en uno de sus mejores aliados para ser feliz y actuar con excelencia, y sabrá gozar mucho. Será mucho más capaz de disfrutar de las pequeñas cosas de la vida y de las relaciones personales. No necesita una bomba de napalm para ver la luz, le basta una cerilla. Sabrá gozar. Podrá conectar afectivamente enseguida y disfrutará con todo lo hermoso, lo noble, lo genuinamente gozoso y divertido, por nimio que sea. Su mirada no será posesiva, sino agradecida. No irá *a su bola*. Dejará amplitud a la otra persona, sin usarla, controlarla o manipularla. Será capaz de lograr que no se despersonalice su relación. Quien no aprenda a gestionar bien sus impulsos en la vida, luego no sabrá gestionar o regular bien su cuerpo con su mujer o con su marido y se perderá muchas alegrías.

Opciones cruciales

[LA DECISIÓN DE ARON]

La sexualidad configura diferencialmente sentimientos, afectos, pasiones, pulsiones, tendencias y proyectos. En ella hay aspectos psicológicos sustancialmente diferentes entre mujeres y hombres.[3] La sexualidad trasciende lo genital. Son sexuales, pero no son genitales, por ejemplo, las dotes de saber ser madre que demuestran muchas mujeres que, estando solteras o viudas, se dedican al voluntariado o al servicio a enfermos. A muchos varones les sucede algo análogo con sus dotes de paternidad.

Quizá no se debería emplear, por tanto, la expresión *sexualmente activo* cuando lo que se quiere decir realmente es *genitalmente* activo, que es lo que ya he escrito alguna vez en este libro. Confundir la sexualidad humana con genitalidad es un reduccionismo, que puede suponer también una degradación. Sería una despersonalización de algo muy valioso e importante.[4] La sexualidad, por tanto, involucra a alguien muy personalmente, en su totalidad. En este sentido, se entiende que la persona que tiene relaciones con otra deja siempre parte de ella en la otra persona. Porque puede que en el momento no sea muy consciente, pero esa relación ya marcará su biografía para siempre. Hay un fundamento biológico en todo esto, como ya se ha hablado, en relación con la oxitocina y otros mecanismos hormonales y neurofisiológicos. Es muy superior, por tanto, el efecto adverso emocional y psíquico que tiene una ruptura con la pareja si se tuvieron relaciones corporales íntimas que si no se tuvieron.[5] Además, deja huella para la capacidad futura de amar.

En nuestro grupo de investigación hemos encontrado repetidamente que la comida basura, la bebida basura y los patrones alimentarios de baja calidad contribuyen a causar depresión.[6] Pero nadie ha perdido la cabeza por no poder comer un plato suculento. Sin embargo, sí hay hombres que han perdido la cabeza por el amor de una mujer (y viceversa). Una mujer no es un solomillo, ni un hombre es como una tableta de chocolate. Las frustraciones ligadas a una sexualidad sin brújula son un poderoso factor de riesgo para los trastornos de la afectividad, incluida la depresión. El sexo tiene su importante lugar, pero la vertiente meramente genital y física de la relación la saben tener también los animales. No parece lo más apropiado para la buena salud mental que la parte meramente animal tome la primacía en el comportamiento. El amor verdadero tiene otras prioridades que son los aspectos específicamente más *personales* de la pareja: toda su biografía, su inteligencia, sus intereses, sus otros amores, sus ideales, su bienestar, su felicidad profunda. Cuando se descuida o posterga todo esto, se fracturan el equilibrio afectivo y la salud mental. Esta disociación ha llevado a un inicio precoz de relaciones sexuales en los jóvenes, con frecuencia agravado por incorporar las formas violentas que le ha enseñado la exposición a pornografía. Esto se ha acompañado de mayor riesgo de desarrollar después una depresión, algún trastorno de ansiedad,[7] presentar ideación suicida y otros efectos adversos para la salud mental.[8] Quienes tuvieron más prematuramente su debut sexual tendrán más probablemente multiplicidad seriada o concurrente de parejas.[9] Así lo constatan los CDC. En epidemiología, es conocido que la multiplicidad

de parejas, el divorcio y las relaciones extraconyugales se han asociado sistemáticamente a peores desenlaces de salud mental.[10]

En el caso de la depresión, la relación causa-efecto con la multiplicidad de parejas bascula en ambos sentidos, pues la promiscuidad puede ser en sí misma un síntoma de depresión. Es obvio que tener múltiples parejas sexuales dificultará el mantenimiento de una relación psíquicamente sana. Los estudios epidemiológicos disponibles demuestran que **las personas que mantienen relaciones sanas que involucran a la persona y saben gestionar bien sus apetencias y sus valores con integridad y amor duradero y profundo son quienes gozarán a largo plazo de mejor salud mental y emocional.**

Por eso, quien se encuentre a sí mismo saltando de una relación sexual a otra debería considerar el precio que tendrá que pagar en términos de riesgos para su salud mental, abusos de alcohol y otras drogas y tentativas de suicidio.

Por otra parte, debe considerarse que la familia y los hijos, cuando se consigue tenerlos, son una de las principales (si no la principal) fuente de significado y de satisfacción personal para la mayoría de las personas. En la actualidad, la natalidad en España es de las menores del mundo. Decenas de miles de parejas no tienen hijos ni tienen intención de tenerlos. Y, a la vez, hay más gente que nunca que refiere sentirse solitaria. No parece que sea casualidad.

Muchas personas, empujadas por modas imperantes, se dejan cegar por la promesa de un empoderamiento en su puesto de trabajo, o por desarrollar competitivamente su carrera profesional, y se olvidan de buscar una familia. Otras se ven incapaces de adquirir un compromiso mayor que el de tener una mascota. Bien porque no quieren invertir su tiempo en criar hijos o bien porque no tienen pareja estable o sienten que carecen del interés y el tiempo para buscarla. Cierta cultura con un empeño mal orientado de empoderar a las personas solteras y exaltar el individualismo ha desvinculado mujeres y hombres, los ha enfrentado y ha dificultado la posibilidad de formar familia. No se invoca aquí de ningún modo relegar a la mujer a una función reproductora. Nada más lejos de mi intención. Pero la realidad de la biología no se puede obviar. Ni tampoco sus influencias en la salud mental. La conciliación debería tener la prioridad.

CASO CLÍNICO

La decisión de Aron

La historia de Aron hace pensar. Aron Lee Ralston tenía veintisiete años y estaba escalando en 2003 en el cañón Blue John, de Utah. Pero la roca en la que se apoyaba mientras descendía a una cueva se desprendió. Le sucedió algo muy grave. La roca que se soltó (de casi 100 kilos) le aprisionó y le aplastó su antebrazo derecho contra la pared del cañón. Desarrolló todos los métodos imaginables para liberar su mano. Todo fue inútil. Se desesperó. Pasó un día, pasó otro día. Nadie iba a llegar a esa cueva en un paraje solitario. La angustia era total. No tenía teléfono móvil. Si lo hubiese tenido era igual, porque no había cobertura.

Pasaron cinco días y él seguía pegado a la roca, atrapado en esa caverna. Totalmente agotado. Desnutrido. Y, sobre todo, absolutamente deshidratado. Se resignó ya a morir allí. Grabó su nombre, su fecha de nacimiento y la presunta fecha de su muerte en la pared. Filmó en vídeo una despedida para su familia. Entonces, al cabo de esos cinco días, empezó a experimentar lo que no sabía si era un sueño o una alucinacióny vio a un niño, de unos tres años, caminando hacia él. Era una imagen muy viva. Tuvo entonces la seguridad de que se trataba de una premonición que debía cumplirse: ese niño sería su futuro hijo. Él no había tenido hijos hasta entonces. Supo que la existencia de ese niño iba a depender solo de él. Ese niño solo existiría si él sobrevivía. Esta convicción fue lo que le movió a tomar una decisión absolutamente drástica. Pero de ella dependería vivir o morir.

Ralston decidió amputarse el antebrazo y sobrevivir. Se aplicó un torniquete. Usó el peso de la roca y así consiguió fracturarse los huesos del antebrazo, radio y cúbito. Lentamente, se amputó el antebrazo con una pequeña navaja multiuso bastante roma, usándola como sierra. Tras vendarse el brazo y apretar bien el torniquete para controlar la hemorragia, salió arrastrándose como pudo de la cueva hacia la luz. Usó su material de escalada. Consiguió descender del cañón unos veinte metros haciendo rapel. Caminó con la esperanza de encontrar ayuda. Pero todavía estaba a veintisiete kilómetros de su vehículo. No tenía ningún modo de pedir socorro. Finalmente, seis horas después, un helicóptero del servicio médico de Utah lo localizó y lo rescató. Moribundo. Totalmente deshidratado.[11]

Aron salió de aquello y escribió después un libro *Between rock and a hard place* (*Entre la espada y la pared*). Relata su propia experiencia. Danny Boyle lo llevó al cine, con la película *127 horas*.

Aron Ralston se casó con su esposa Jessica en 2009, quien al año siguiente dio a luz a su primer hijo. Un niño.

Aron se había resignado a morir. No tuvo inicialmente el valor ni la motivación ni la voluntad para cortarse su antebrazo, de un modo tan doloroso y rudimentario. Solo pudo hacerlo cuando se dio cuenta de que la vida de su futuro hijo dependía de que él, libremente, estuviese dispuesto a pasar por ese doloroso y radical sufrimiento. Fue un sacrificio por el amor a su futuro hijo y a la que años después sería su mujer.[12]

Está claro que la maternidad y paternidad son algo especialmente importante para saber superarse y benefician a la salud mental. El deseo que cada uno tiene de que la persona amada se convierta en progenitora de sus hijos es un componente crucial de una relación amorosa profunda y psíquicamente sana. Esto *trasciende* a ambos y resulta un fuerte factor protector frente al riesgo de enfermedad mental. Ayuda a la autosuperación.

El ejemplo de Aron manifiesta que el deseo de un hijo puede ser así de poderoso. Permitirá superar frustraciones y contratiempos. Ayudará a gestionar mejor las renuncias y abnegaciones por las que hay que pasar para adquirir un hábito de buena gestión de las apetencias. Un hijo merece todos los sacrificios. El amor verdadero hace que valga la pena ejercitar la voluntad y renunciar a algo que cuesta muchísimo afrontar. Ralston tuvo después una vida muy feliz al sentirse querido por su mujer y su hijo. Me parece un ejemplo óptimo de ese principio de florecimiento de VanderWeele: «¿Soy capaz de renunciar a algo de felicidad ahora para obtener una mayor felicidad más adelante?».

Este amor generoso y la valoración de los hijos son ingredientes que sitúan el sexo a otra altura. A lo largo de generaciones y generaciones, de siglos y siglos, la cultura y la sabiduría humanas unánimemente estuvieron convencidas de que el sexo tenía como destino lógico, natural y armónico el matrimonio, la familia y los hijos. Iba todo junto. Constituían un todo. Ese *todo* tiene intrínsecamente una fuerza y una nobleza tan grandes como las que movieron a Ralston a tomar tan drástica decisión. Es un blindaje óptimo de la propia higiene mental. La historia de la humanidad es larga. Curiosamente, solo en las dos o tres últimas generaciones se cambió todo esto, a base de rebajar la sexualidad a un mero deporte de contacto. Es decir, solo una especie de desahogo, juego o gimnasia. No se puede tomar este último período de la humanidad ¡tan corto!

como la norma suprema. Hay que considerar el pasado. También hay que ponderar el futuro próximo con el probable retorno a la consideración plena de ese todo (familia, mujer + marido + hijos, cosa de tres, por lo menos). La humanidad más racional y sensata ha tenido ese vínculo con la formación de una familia como la mejor brújula del gozo de su auténtica sexualidad. Se empobrece la sexualidad al presentarla como mero placer, porque así empieza en uno mismo y acabará solo en uno mismo, sin trascendencia ni generosidad respecto a la pareja y a los hijos. Solo en estas pocas décadas se separó totalmente sexo y familia, cuando durante cientos de generaciones habían estado unidos. ¿Es que eran tontos todos los que nos precedieron? ¿Ha habido tantas generaciones de débiles mentales en la humanidad?

Violencia de pareja íntima

Una relación de mera genitalidad, sin implicar a la persona en su totalidad, es más fácil que se dé cuando no hay compromiso estable de fundar un hogar. Puede acabar siendo reflejo de apetencias o arrebatos del momento. Esto podría perjudicar a los hijos que quizás vengan, que pueden venir, porque usar un método contraceptivo no siempre asegura al cien por cien que no habrá descendencia. No saber gestionar la apetencia sexual puede destruir el amor, conducir a la larga a no preocuparse por la otra persona, privándola de una sexualidad verdaderamente humana, con todos sus ingredientes constitutivos y que la hacen más satisfactoria. En definitiva, se empobrece mucho la relación personal, y deja decepción, frustración y vacío. La Nada avanza. En este contexto se puede acabar despreciando a la otra persona si se le trata solo como un mero *objeto* para satisfacer instintos primarios. Es lógico que todo esto pueda derivar hacia la violencia dentro de la pareja. La violencia doméstica se hizo tan epidémica que afrontarla resultó imperiosa necesidad para los sistemas de salud.[13] Poco después, abundaron los casos de violencia de pareja también en adolescentes que tenían prematuramente relaciones sexuales.[14] Muy preocupante.

En el aumento de la violencia doméstica ha podido influir el hecho de que la emancipación de la mujer les ha dado a ellas unos recursos económicos que no tenían antes de la incorporación masiva de la mujer al mercado laboral y esto les permite no tener que seguir viviendo con un marido maltratador y por eso lo denuncian. Pero no deja de ser curioso que, a medida que se fue extendiendo la práctica de cohabitar sin tener voluntad firme de unirse para siempre a esa persona, aumentasen los episodios graves de violencia doméstica.

Parece justo reconocer la impotencia de las leyes para hacerles frente (panel 8). Las leyes al uso llegaron solo cuando ya la cadena causal estaba al final de su recorrido. No fueron a la raíz del problema (*upstream*, río arriba). Quizás por eso fracasaron. La violencia doméstica fue otro desgraciado sumando del triste peaje que se pagó a consecuencia de la avejentada revolución sexual global…

Panel 8

Violencia de pareja íntima contra mujeres

Según un estudio global de Naciones Unidas, una de cada tres mujeres en el mundo había experimentado violencia física o sexual, o bien de su pareja íntima o bien de otra persona que no era su pareja. No se incluía en este porcentaje el acoso sexual.

Se estimaba que *cada día* había *ciento treinta y siete* mujeres en el mundo que morían asesinadas víctimas de la violencia doméstica, la mitad de ellas murieron a manos de su pareja u otros miembros de su familia.

La pandemia de COVID-19 con las restricciones de movilidad y el confinamiento hizo que en algunos países se multiplicasen por cinco las llamadas en busca de ayuda por violencia doméstica.

Las parejas actuales o pasadas habían sido quienes con más frecuencia habían perpetrado violencia física contra las mujeres.

Alrededor de *quince millones* de chicas en el mundo de quince a diecinueve años habían sufrido relaciones sexuales forzadas.

El tráfico de personas atrapaba a millones de seres humanos en esta forma de esclavitud. Las mujeres y las chicas jóvenes representaban el 72 % de estas víctimas. La mayoría habían sido atrapadas con el propósito de ser explotadas sexualmente.

Fuente: www.unwomen.org/en/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures (consultado el 15/08/2022).

Frecuentemente se leía en el periódico que en estas lamentables situaciones fue el *compañero sentimental* quien agredió a la mujer. ¿Sentimental? ¡Cómo habrían cambiado sus sentimientos! Esta curiosa trasformación del término *sentimental* implica que la relación podría estar más basada en los *sentimientos* —cambiantes por naturaleza— que en la *voluntad* firme de convertir a esa mujer, ahora maltratada, en la compañera perpetuamente amada de su vida, e incluso en la

madre de sus hijos. Todo esto requiere ser matizado. Puede ser que parte del aumento de los casos de violencia doméstica se explique porque ahora se denuncian más estos hechos que antes o porque se detectan más. Asimismo, es lógico pensar que la sociedad es menos permisiva con estas agresiones o que el maltrato psicológico antes no se consideraba un tipo de maltrato y esto puede contribuir al incremento de su frecuencia. De todos modos, incluso considerando todos estos factores contextuales, los datos a nivel individual demuestran que la mayor violencia doméstica ocurre en el seno de parejas que cohabitan sin estar casadas.

No solo hay violencia doméstica. Hay violencia sexual en muchos ámbitos. El ambiente hipersexualizado generó un clima donde el acoso y la agresión sexual se hicieron más frecuentes. Las Naciones Unidas estimaban en 2022 que el 16 % de las chicas de quince a veinticuatro años habrán sufrido violencia sexual o física de su compañero sentimental en los últimos doce meses.[15] Estos ataques originaron consecuencias graves para la salud mental. Un alto porcentaje de agresiones sexuales no se denuncian. Especialmente, los acosos sufridos en campus universitarios no se suelen denunciar. Se ha estimado que **hasta el 80 % de las agresiones sexuales ocurridas en contextos universitarios nunca se denunciarán. Sin embargo, consta que el 19 % de las chicas universitarias de EE. UU. experimentaron un intento de asalto sexual o un asalto sexual consumado durante sus años de *college*.**[16]

Y esto, lógicamente, es solo la punta del iceberg, porque gran parte de estos actos de violencia no se conocerán nunca. Una inmensa mayoría de las supervivientes (75 % a 80 %) de esas agresiones conocía a su agresor, y del 17 % al 19 % de los ataques sexuales ocurrió durante una cita para salir juntos. Todos estos acosos y asaltos dañan la salud mental, como era de esperar. En un estudio epidemiológico poblacional estadounidense de 6252 adolescentes de catorce a dieciocho años (49,5% mujeres), que declararon haber tenido alguna vez relaciones sexuales, se apreció que el 43 % presentaba síntomas de depresión, el 24 % experimentó ideación suicida, el 19 % tenía un plan de suicidio y el 11 % intentó suicidarse durante el último año. Cuando se aplicaron los análisis estadísticos habituales que los epidemiólogos solemos usar, las relaciones sexuales tempranas se asociaron significativa y directamente con mayor ideación suicida, con tener un plan de suicidio y con tasas significativamente superiores de intentos de suicidio.[17]

De la cultura de la muerte al suicidio

En nuestro planeta hacia 2020 ocurría un suicidio cada cuarenta

segundos. Esta cifra resume en su dolorosa crudeza la calamidad que sufría la salud mental. Pero en ese cálculo solo se incluían aquellos suicidios que se notificaron. No se contabilizan los muchos que se escondieron por ser tabú. Había suicidios ocultos. Se notificaban enmascarados como envenenamientos, caídas u otros accidentes. A nivel mundial, la OMS afirmaba que el suicidio era la segunda causa de muerte entre jóvenes de quince a veintinueve años, tras los accidentes de tráfico. Pero si nos centramos en España, desde 2008 la *primera* causa externa de muerte *no* fueron ya los accidentes de tráfico, sino el suicidio (como ocurrió también en la mayoría de los países europeos). Y siguió siendo así. En España en 2020, y considerando solo las muertes oficialmente registradas como suicidios, **casi el 10 % de los fallecimientos ocurridos en personas de quince a cuarenta y nueve años se debieron a personas que se quitaron la vida.**[18] **Ninguna otra enfermedad o lesión superó al suicidio como causa de muerte entre los quince y cuarenta y nueve años.**

El problema era muy grave. Y afectaba especialmente a los jóvenes. Desde 2017, el suicidio se situó como la primera causa de muerte en España para mujeres menores de treinta y cuatro años y varones menores de cuarenta y cuatro.[19] En la figura 16 se muestran las principales causas de muerte en España para las edades de quince a cuarenta y nueve años en 2019, según el Institute of Health Metrics and Evaluation (https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/). Puede apreciarse la tragedia que está ocurriendo, ya que la primera causa de muerte es el suicidio, que representa aproximadamente una de cada diez muertes en estas edades.

Porcentaje de las muertes totales debidas a cada causa.
España, 15-49 años, año 2019

Figura 16. Causas que representan más del 2,5 % de las muertes en personas de 15 a 49 años en España (2019).
Fuente: Institute of Health Metrics and Evaluation (https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/, consultado el 15/08/2022). Elaboración propia.
Propiedad intelectual: Miguel Á. Martínez-González.

En 2020 se notificaron más de tres mil novecientos suicidios en España al Instituto Nacional de Estadística. Más de diez al día. Con un crecimiento del 7,4 % respecto al 2019. Esto es doblemente doloroso y frustrante para la Medicina Preventiva porque es bien sabido que los suicidios se pueden prevenir. Además, el asunto es todavía peor, pues los suicidios consumados y notificados eran solo la parte más visible del problema y tenían un impacto fortísimo sobre las personas más jóvenes (panel 9).

Panel 9

Primera, segunda y tercera causa específica de mortalidad más importante entre los 15 y los 49 años, según sexo y edad en España en 2020

	Edad (años)	Hombres	Mujeres
1.ª) Accidentes de tráfico	15 a 19		
2.ª) Accidentes de tráfico	15 a 19		
3.ª) Enfermedades cardiovasculares («otras»)	15 a 19		
1.ª) Suicidio	20 a 24		
2.ª) Accidentes de tráfico	20 a 24		
3.ª) Otras cardiovasculares	20 a 24		
1.ª) Suicidio	25 a 29		
2.ª) Accidentes de tráfico	25 a 29		
3.ª) covid-19	25 a 29		
1.ª) Cáncer de mama	30 a 34		
2.ª) Accidentes de tráfico	30 a 34		
3.ª) covid-19	30 a 34		
1.ª) Cáncer de mama	35 a 39		
2.ª) Accidentes de tráfico	35 a 39		
3.ª) covid-19	35 a 39		
1.ª) Cáncer de mama	40 a 44		
2.ª) covid-19	40 a 44		
3.ª) Infarto de miocardio	40 a 44		
1.ª) Cáncer de mama	45 a 49		
2.ª) covid-19	45 a 49		
3.ª) Cáncer de pulmón	45 a 49		

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Instituto Nacional de Estadística. Se han sombreado en tono más oscuro los grupos de edad y sexo en los que el suicidio fue la primera causa, y en tono más claro aquellos donde fue la segunda.
Propiedad intelectual de Miguel Á. Martínez-González.

Salvo en el grupo de mujeres de cuarenta y cinco a cuarenta y nueve años, en todos los demás grupos de edad y sexo a partir de los quince años y hasta los cincuenta (panel 9), el suicidio era la primera o segunda causa de muerte. A los suicidios notificados (figura 16 y panel 9) habría que sumarles todos los enmascarados (ahogamientos, caídas, sobredosis de fármacos, etc.). Además, hay que considerar el sufrimiento derivado de los intentos de suicidio que no se consumaban y la ideación suicida, que consiste en estar planeando seriamente quitarse la vida. Por cada persona que decidía acabar con su vida, se estimaba que había al menos otras veinte que lo habían intentado. Cada suicidio afecta íntimamente al menos a otras seis personas, porque los familiares y amigos también lo sufren mucho.

Durante la época más dura de la pandemia (junio de 2020), un estudio riguroso de los CDC estimó en una muestra representativa de la población estadounidense que el 25 % de sus jóvenes, de entre dieciocho y veinticuatro años, presentaba ideación suicida.[20] Resultó verdaderamente espeluznante que la cuarta parte de los jóvenes norteamericanos estuviese considerando seriamente ponerle fin a su vida en junio de 2020. Un porcentaje similar se ha encontrado recientemente en estudios en adolescentes y jóvenes españoles.[21]

Estas cifras son inquietantes, especialmente para alguien que se dedique a la Medicina Preventiva y Salud Pública. Porque hay que decirlo de nuevo fuerte y claro: *el suicidio es prevenible*. El Día Mundial para la Prevención del Suicidio se celebra cada año el 10 de septiembre. Sí, se puede hacer mucho para prevenir esa gravísima lacra social. Hay que buscar las causas río arriba (*upstream*) y confrontarlas sin complejos. ¿Qué raíces explicaban que el suicidio fuese la primera causa de muerte en los menores de cuarenta años en España y que realmente hubiese *más de* diez suicidios al día? La epidemiología es quien ayuda a afrontar estas importantes preguntas causales. Por eso, la epidemiología es la principal herramienta de la salud pública.

¿Cómo prevenir esta avalancha de suicidios en jóvenes? Hay que ir primero a los factores de riesgo que se han identificado en los mejores estudios epidemiológicos. Por eso, se deben afrontar en serio el alcohol, el botellón, el enganche a las pantallas de los adolescentes

(que les suponen exponerse a todos esos *influencers* de la red que propalan la autolesión y hacen propaganda explícita del suicidio), la adicción a la pornografía y la cultura del «enrollarse», sin darle sentido profundo de compromiso y de familia a la sexualidad. Nada de esto es ajeno a la epidemia de suicidios en jóvenes… y no tan jóvenes, ¡cuánta depresión después de esos abusos de alcohol y sexo!

La Medicina Preventiva ha demostrado ser capaz de superar gravísimos y extendidísimos problemas de salud pública cuando se ha apoyado en buenos estudios epidemiológicos que han identificado los determinantes reales y fuertes de esas epidemias, y luego se ha atrevido a confrontar estos determinantes en sus orígenes, río arriba (*upstream*), sin complejos. Por supuesto, para prevenir el suicidio es clave que las enfermedades mentales, y en particular la depresión, estén muy bien diagnosticadas y tratadas por profesionales competentes. Pero ir río arriba requiere además —y, sobre todo— afrontar las causas profundas de tantas depresiones y enfermedades mentales en jóvenes desde que se extendió el uso de teléfonos inteligentes con conexión continua a internet.

¿Qué resultados tenemos sobre estos factores que propician las conductas suicidas en los jóvenes? Respecto a la promiscuidad y el riesgo de suicidio, el estudio de los CDC incluyó una muestra representativa de la población femenina juvenil estadounidense (de catorce a dieciocho años), con más de quince mil chicas valoradas. Se constató que el número acumulado de parejas sexuales es un fuerte factor de riesgo de intentos de suicidio. De acuerdo con este estudio, en comparación con quienes eran vírgenes, las chicas que ya tuvieron una pareja sexual en esas edades jóvenes multiplicaban por 2,6 veces su riesgo de intentar suicidarse; si habían tenido dos parejas, el riesgo se multiplicaba por 2,7 veces, si habían tenido tres o más, ya se multiplicaba por 5,5 veces.[22]

Se puede comprender el porqué de estos hallazgos epidemiológicos al tener en cuenta que el *casual sex*, por ejemplo, el acto sexual con la persona que se ha conocido en una noche de fiesta y que probablemente no se vuelva a ver nunca en la vida, tendrá efectos negativos en la salud mental. Todos esos encuentros sexuales con gente contactada esporádicamente, en una discoteca o a través de aplicaciones de internet a las que solamente se busca por su aspecto físico, y para colmar un placer propio, tendrá un *peaje mental*. Son conductas motivadas por la creencia de que así se va a desahogar lo que se percibe (erróneamente) como una necesidad fisiológica. Cada acto sexual que sea efímero y no integre a la pareja personalmente (en toda la amplia esfera vital, emocional, intelectual, familiar, etc.)

contribuirá a aumentar las probabilidades de que alguno de ellos —o ambos— desarrollen depresión y ansiedad. Cuantos más encuentros de este tipo tenga una persona, más los volverá a necesitar para seguir colmando esa apetencia que se ha dejado sin saber gestionar, y que no solo no le calma la sed de sexo, sino que *se la aumenta*. Se entra en un círculo vicioso, como expliqué que sucede con la pornografía. Llegará un momento en que todo se le quedará corto («como un vaso de agua destilada») y se dará cuenta del vacío que había construido en su vida. Pensar en este círculo vicioso ayuda a entender la relación (sexo efímero/promiscuo)→(enfermedad mental)→(tendencias suicidas).

Ponerse en serio a prevenir el suicidio en jóvenes exigiría, por una parte, muchas acciones estructurales (filtros en la red, mayoría de edad para usar móvil con internet, multas a redes que difundan pornografía subrepticiamente, etc.) y, por otra, muchos esfuerzos educativos a todos los niveles, empezando por el apoyo decidido a las familias. No debería importar parecer radicales, si se quiere tener éxito en este tipo de acciones de salud pública. Tampoco debería importar ir contra corriente como salmones. Baste ver lo que se hizo para combatir el tabaco, otros tóxicos y adicciones, la grasa trans, o se está empezando a hacer frente a la bebida basura y la comida basura.

Lamentablemente, en muchos ámbitos de la salud pública no se ha podido actuar ni siquiera empezar a hablar así de claro por influencias de la ideología. Como explica la Dra. Grossman, que ha tenido que batallar, como psiquiatra, con todos estos problemas de salud mental en campus universitarios norteamericanos,

> la naturaleza existe. Si no te gusta lo que la biología sugiere sobre tu ideología, tal vez sea hora de echarle otro vistazo a tu ideología (…), una ideología que tiende a idolatrar el cuerpo (salud, apariencia, placer físico), pero abandona el alma (significado, abnegación, familia, iglesia) (…).
>
> Los beneficios de la autodisciplina también son necesarios en áreas distintas a la dieta, el tabaco y el alcohol. La autodisciplina también tiene vida inteligente *más allá de la cafetería y el gimnasio*.[23]

Lo que esta afamada doctora, de religión hebrea, afirmaba en su libro *Unprotected*, en el que habla sobre temas últimos que parecen tabú en España, como el alma, el significado, el propósito en la vida, la religión…, también lo sustanció después la investigación epidemiológica más solvente en una de las mejores cohortes del mundo, la cohorte de las Enfermeras, y en otros estudios tanto europeos como estadounidenses.[24]

Un mito que hay que desbancar sobre el suicidio es que «quien se suicida quiere morir». No es cierto. Nadie quiere morir. Nadie desea

matarse. Lo que esa persona quería era dejar de sufrir. *Quien es feliz nunca se suicidará*. La solución está en la felicidad. Para eso se ha escrito este libro.

¿Hay *vidas que no merecen la pena ser vividas*? Pienso que por aquí empieza la cultura de la muerte. Y tal cultura actúa como caldo de cultivo de conductas suicidas. Aunque pueda parecer lo contrario, la *cultura de la muerte* está en las antípodas del amor al prójimo. Es insolidaria. Sustituye la inteligencia por un cierto empacho emotivo que es engañoso y que, además, se fomenta con la publicidad impuesta ideológicamente.[25]

Es patente que muchas frustraciones en temas de amor y relaciones interpersonales están en la base de diversas infelicidades. La prioridad para ser de verdad feliz, como se ha dicho, es lo que ocurra *de puertas adentro del hogar*. La epidemiología constata repetidamente que quienes habían fracasado en el matrimonio y se habían divorciado tenían luego más riesgo de suicidarse que quienes seguían estando casados.[26]

Los jóvenes deben aprender a darle prioridad a su felicidad presente y futura, a base de poner —¡desde ya!— buenos cimientos. Esto es lo que afirmaba Lisa Brenninkmeyer cuando defendía los medios para *salvar un matrimonio antes de que empiece*. Por eso situaba en un lugar privilegiado en la escala de valores la decisión fundamental de qué pareja elegir y cómo vivir el noviazgo. Una causa de la epidemia de depresión, tristeza, vacío existencial y patologías relativas al suicidio podría ser haber tenido siempre la satisfacción de los deseos tan fácil y solo al alcance de un clic. ¿Tienen las pantallas arte o parte en esto?

Para cualquier epidemiólogo resultaba inquietante que la facilidad de tenerlo todo al alcance de la mano en internet, incluyendo las redes sociales, iba en paralelo al aumento de suicidios en jóvenes. Los estudios epidemiológicos disponibles mostraban que las adicciones a pantallas incrementaron la ideación y conducta suicidas.[27] Como ya mencioné en el capítulo 2, el *Wall Street Journal* denunció el 14 de septiembre de 2021 que los directivos de Facebook disponían de documentos e investigaciones internas (que habían ocultado) y demostraban que Instagram propiciaba tendencias suicidas. Este hecho recuerda lo que hicieron las grandes tabacaleras, que sabían bien, ya en los años 50 del siglo pasado, que sus productos eran cancerígenos, pero lo escondieron y lo negaron públicamente.

Cualquier epidemiólogo no hubiese necesitado que ahora saliesen a la luz documentos internos para saber que Instagram y otras redes perjudicaban a esos jóvenes, especialmente a las chicas. Muchas

investigaciones publicadas en buenas revistas médicas ya lo venían demostrando. Una encuesta del Pew Research Center mostró que el 89 % de los adolescentes admitían estar conectados «casi constantemente» o «varias veces al día». Instagram estaba omnipresente en sus vidas. Pero cuanto más utilizaban los universitarios Instagram peor era su estado de ánimo y su satisfacción vital.[28]

Antes de que existieran los teléfonos móviles, la exposición a la pornografía ocurría en las escuelas y era bien inocente. Ciertos compañeros de clase más desarrollados —o que se las daban de más *expertos* en el sexo— introducían a los alumnos más cándidos y les llevaban de la mano a estos temas. Ahora, con el acceso fácil desde su más tierna infancia (!) a las redes sociales, no son sus compañeros quienes les instruyen, sino otros que se han convertido en auténticos «maestros», entrenadores personales y muy hábiles *influencers*, quienes les *pastorean* y los llevan a esos prados de largas exposiciones pornográficas, no exentas de violencia y sadismo. Están viendo desde esas edades infantiles escenas crueles que ningún ser humano debería ver nunca. No es de extrañar que en este ambiente prolifere exponencialmente la enfermedad mental cuando llegan a la adolescencia o comienzan la universidad. Los psiquiatras están asombrados y bastante asustados. Los occidentales, cuando han sido más ricos y han tenido más dispositivos y placeres fáciles a su alcance, se han convertido en los mayores consumidores de antidepresivos.[29]

La enfermedad mental suele preceder con frecuencia a los intentos de suicidio y a los suicidios consumados. Entre los adolescentes, el intento de suicidio y la ideación suicida se han convertido en un fenómeno común. Pero también me parece positivo que se haya mandado a paseo el tabú de que el psicólogo es para los *locos*. Me atrevería a decir que todos necesitamos en cierto modo un psicólogo, un consejero, alguien que pueda ejercer, por su madurez, buena formación y criterio una labor de acompañamiento y discernimiento. Ayudará mucho para interpretar lo que nos pasa y para asumir y superar situaciones difíciles. Se necesita un toque de ciencia, conocimiento y experiencia para aprehender lo que se nos escapa. Esto es coherente con la prevención frente a esa desgracia de la depresión y el suicidio que asolan la sociedad. ¡Cuánto sufrimiento para tantas personas! Como explica la psiquiatra Marian Rojas Estapé, autora de ese gran libro, que recomiendo, titulado *Cómo hacer que te pasen cosas buenas* (Espasa, 2018):

> El que no ha tenido una auténtica depresión clínica no sabe lo que es la tristeza.

> El sufrimiento de la depresión puede llegar a ser tan profundo que solo se vea como salida de ese túnel el suicidio.[30]

La Dra. Grossman, ya mencionada, psiquiatra del campus de la Universidad de Columbia, cuenta en *Unprotected*, por ejemplo, que…

> (…) en un estudio de 6500 adolescentes, las sexualmente activas tenían un riesgo más de tres veces superior de estar deprimidas, y casi tres veces más probabilidades de haber tenido un intento de suicidio, que las chicas que no eran sexualmente activas.[31]

Grossman explica que se dedicó a recopilar folletos y sitios web sobre los consejos preventivos que se daban a los jóvenes en los campus universitarios. Desde luego que nunca faltaba información sobre la importancia de la dieta, el ejercicio, el sueño, el uso de cremas solares para protegerse del cáncer de piel o consejos sobre cómo relajarse y afrontar el estrés. Y, evidentemente, había mucha insistencia sobre cómo alejarse del tabaquismo, se prohibía la publicidad o la venta de productos de tabaco en los campus y también el patrocinio de eventos por parte de tabacaleras. Todo esto está muy bien, chapó. Pero la psiquiatra buscaba algo que abordase la angustia emocional de sus pacientes a consecuencia de la falta de seriedad en sus relaciones, el desierto de interioridad y de sentido, y otras carencias de inteligencia, voluntad y espíritu que se intentaban compensar con búsqueda de emociones cada vez más intensas. Eso era con lo que más se topaba ella día a día y lo que veía que más castigaba a sus pacientes.

¿Había disponible alguna educación preventiva promovida desde instancias de salud pública para ayudar a las jóvenes a entender sus reacciones ante las relaciones sexuales, y para orientarles a tomar decisiones que protegiesen su salud mental y alejasen el peligro de las conductas suicidas? Grossman buscó material que declarara que el sexo trivializado (esa cultura del mero ir a «enrollarse») era peligroso para la salud mental de la mujer. No lo encontró. Aparentemente, había un mal entendido respeto que impedía decir la verdad.

Se puede respetar al 100 % a las personas, pero ser claro al denunciar los riesgos, sin apuntar nunca con un dedo acusador a nadie en particular. Deben diferenciarse las personas de los hechos. Se pueden criticar hechos, salvando siempre a las personas. Pero hay que hablar, sin silencios cómplices. Se había extendido un incomprensible miedo a hablar con claridad de los hechos y de los factores de riesgo que la mejor epidemiología venía demostrando.

Todo indica que ocurría lo mismo en nuestra orilla del Atlántico. ¿Van a seguir las universidades y los centros de enseñanza media poniéndose de perfil y volando bajo el radar en estos temas cuando abundan tanto las depresiones, trastornos de ansiedad y suicidios en relación con el desenfoque de la sexualidad? ¿Se seguirán sometiendo sumisa y mansamente los académicos (profesores, autoridades y directivos de centros docentes, investigadores, científicos) a la dictadura del silencio cómplice mientras ven desarrollar depresiones y suicidarse a más y más jóvenes en los campus?

Panel 10

Consecuencias peligrosas de la cultura de «enrollarse»

- Embarazos imprevistos.
- Hijos dados en adopción.
- Madres solteras.
- Matrimonios precipitados.
- Abortos.
- Daños psíquicos y físicos en la mujer debidos al aborto.
- Infecciones y cánceres de transmisión sexual.
- Daños psicológicos y afectivos de rupturas con la pareja.
- Violencia de pareja íntima.
- Mayor riesgo de depresión y suicidio.[1]

El mismo *emotivismo* que denunciaba Grossman está dañando también a los jóvenes en España en las primeras décadas del siglo XXI:

> La sociedad sufre un gran vacío espiritual que se intenta suplir con una búsqueda frenética de sensaciones tales como satisfacciones corporales, sexo, comidas, alcohol, *etc.* Existe una necesidad insaciable de experimentar emociones y sensaciones nuevas cada vez más intensas. No hay nada malo *per se* en las relaciones sexuales, una gastronomía cuidada o el placer de un buen vino… Hablamos de cuando la búsqueda de esas sensaciones sustituye el verdadero sentido en la vida. En esos casos de desorientación, la acumulación de sensaciones produce una gratificación momentánea, mientras que el vacío en nuestro interior crece como un agujero negro apoderándose paulatinamente de nuestra vida, lo que conduce de manera inevitable a rupturas psicológicas o comportamientos destructivos.
>
> Solo entonces, cuando el daño está hecho, la persona afectada o alguien de su entorno toman conciencia de que remontar es superior a sus fuerzas…[2]

9

EL VALOR DE LA ESPERA

(¿Probar o esperar?)

Felicidad, afectividad, emociones, inteligencia y voluntad

Hay que decirlo claro y fuerte. *Sentirse querido* es mucho mejor que cualquier relación sexual.[1] Se acompaña de deseos mucho más trascendentes y permanentes que la mera pulsión genital. Quien es auténticamente feliz sabe hacer felices a otros. Ser feliz requiere basarse en la inteligencia y en la voluntad, que son capaces respectivamente de averiguar lo que es verdaderamente bueno y querer ese bien libremente. Quien busca sinceramente el bien y lo hace logra una plenitud humana (*human flourishing*) y es feliz. La gozosa experiencia de que *dos se conviertan en uno solo* implica la unión de dos personas en los aspectos físico, emocional, voluntario, intelectual y espiritual. El amor verdadero es gozoso y desea eternizarse. Amar de verdad implica aspirar a que los dos tengan esa unidad y mantengan ese amor durante toda una vida.

Los hombres se sienten queridos, estimulados y fuertes cuando perciben que alguien los *necesita y se sienten útiles*. Las mujeres se sienten queridas, estimuladas y fuertes cuando se sienten *apreciadas*.

Para una mujer, poder expresar y compartir libremente sus sentimientos y problemas personales —siempre más relacionados con personas que con cosas— y sentirse avalada en ellos, sin recibir recetas ni soluciones mágicas, es mucho más importante que alcanzar objetivos y éxito. Desea que sus sentimientos se validen con empatía, no que le den recetas. Desde un punto de vista neurológico, está demostrado que para la mayoría de las mujeres esto es más importante que el éxito. Desde luego, la empatía y adecuada comunicación en estos aspectos suele ser más deseada que una relación genital sin comunicación.

Los hombres, en cambio, como explica John Gray en su superventas,[2] se orientan más hacia las cosas y las soluciones. Quieren que se les respete y se les deje un poco solos en esa búsqueda de arreglos prácticos de sus problemas. Aspiran a ser luego admirados por haber encontrado buenas recetas para resolver los asuntos de manera eficiente. Los hombres necesitan superar su resistencia a dar amor, mientras que las mujeres deben superar su resistencia a

recibirlo.

Identificar esas carreteras por donde circula para cada uno el amor que sabe comunicarse bien es como tener los focos del coche encendidos. No se puede ir a oscuras en la relación de pareja. Hace falta hablar mucho. Hablar, hablar y hablar. Conocer por donde debe uno circular. Solo así hay una comunicación efectiva que permita sentirse queridos mutuamente. Esto es inmensamente superior y, desde luego, mucho más duradero que cualquier estímulo que se quede en lo superficial.[3]

El rumbo de esta carretera es el respeto profundo y una fuerte voluntad de emplear la vida entera en hacer feliz a esa persona que es o será tu pareja. Incluye el gozo de comunicarse, la sintonía, la generosidad, el altruismo… En definitiva, el amor único, personal y definitivo, que hace tan felices a las personas. Se trata de adquirir un corazón lleno de ternura, que aprende de otro modo, no de manera corporal, una gramática íntima, secreta, muy personal. Así y solo así se podrá transmitir de continuo un afecto jugoso, acogedor y gozoso que supera lo material. Se gana más al emplear el idioma del cariño en la palabra, la mirada, la escucha, la telepatía y el saber adelantarse a los deseos de la otra persona que con el lenguaje sensual. Ese afecto que se pasa muchos pueblos de lo que sería meramente corporal es lo que hace que alguien sienta que se le estima de veras y se le comprenda. Le hace sentirse *en casa*, arropado, con calor de hogar, ¡muy a gusto! El amor que todo el mundo desea es desinteresado, profundo, duradero, altruista, generoso y sincero. Ese amor verdadero es lo óptimo, lo más gozoso, también desde el punto de vista físico y emocional. Una *persona* verdaderamente enamorada dirá:

> Lo que me interesa no es usarte para tener sexo, lo que me interesa eres tú y toda tu vida y para siempre y con el amor más fuerte, más puro, generoso, desinteresado y radical que pueda pensarse.

En cambio, la *emotividad* busca el *corto plazo* para sentirse bien y evita sentirse mal, también a corto plazo. La emotividad debe someterse a la inteligencia y a la voluntad. Si lo que impera es el mero brote de emotividad, cambiante de un momento a otro, como una brizna arrastrada por el viento, una persona obtendrá un bienestar efímero y pasajero, pero acabará en el descontrol e inestabilidad emocional, como un coche que se despeña por un barranco, cuanto más abajo cae, más dolerán los porrazos. Se puede caer en un círculo vicioso, porque después de la compensación placentera meramente física, tarde o temprano vienen inevitablemente el vacío, la angustia y

la tristeza. Esto lleva otra vez a la búsqueda de la compensación emotiva o sensual, porque no se soporta sentirse mal. Se pierde el norte. En cambio, la felicidad duradera y sólida viene cuando —bajo el dominio de inteligencia y voluntad— se es capaz de decir sinceramente:

> Te quiero porque quiero quererte, no porque me hagas sentir bien.

Aunque, efectivamente, sea propio del amor hacer y buscar lo que a la otra persona le haga sentirse bien, no va a ser así siempre. Nadie es perfecto. A veces habrá que tomar una decisión o adoptar una conducta que no agradará emotivamente, pero que es la que uno juzga que traerá más beneficios permanentes a ambos.

Por otra parte, si solo se quiere a la otra persona cuando hace las cosas bien, cuando no se equivoca, cuando es perfecta, se comete una injusticia. ¿Quién no tiene defectos, errores, ni malos días? ¿Quién no querría que hubiese alguien que le amase a pesar de ello? Esto debe ser así, siempre que, con toda sinceridad, buena voluntad y paciencia, se pongan los medios para mejorar…

Pero si lo habitual en una relación es estar incómodo o a disgusto, por supuesto que lo mejor será replanteársela, y valorar cuál es el motivo de esa incomodidad. Quizá no haya que romperla, sino que habrá que reenfocar ciertas actitudes, tener conversaciones cruciales y tratar de resolver con paciencia y comprensión las razones que motivan esas dificultades.[4]

Guiarse por el emotivismo, con el vaivén propio de las emociones, supondría estar constantemente rompiendo y volviendo a iniciar relaciones, con unas y con otras personas… ¿Eso te haría feliz? Lógicamente, la otra persona te debe hacer sentir bien dentro de unos estándares, pero no debes convertirla —ni que te convierta a ti— en esclavo de frivolidades, inclinaciones momentáneas o deseos superfluos que, en el fondo, no merecen la pena. El imperio de la emotividad lleva a la trampa del *do ut des* (doy para que des), y puede acabar frecuentemente en la mera alianza de dos egoísmos para buscar emociones pasajeras. Eso no es amor. Es complicidad mala. El ego y el narcisismo le roban al amor su mejor identidad. Narciso se enamoró de sí mismo, y, por tanto, nunca se reconocerá a sí mismo en la otra persona. Narciso no tiene identidad. La ha perdido. Las emociones son uno de los componentes de la afectividad. Y se refieren más a la repercusión en el estado del ánimo que tienen las vivencias externas. Los sentimientos son otro componente de la afectividad que se refieren, en cambio, más a las vivencias interiores. La voluntad es

quien debe dominar en estos campos y ponerlos al servicio de lo que libremente se desea: *querer querer*.

La afectividad no es mala; es como un violín, que debe someterse al director de orquesta y servir al conjunto del concierto y entrar en acción solo cuando le corresponde, pero silenciarse en otras ocasiones. El violín es bueno. Es más, es *imprescindible* en ese concierto, e interesa desde luego que el violín esté bien afinado y produzca su mejor música, pero debe someterse a la partitura y actuar cuando le toca su turno y como le corresponde hacerlo, y en ocasiones tendrá que callarse. El director de orquesta, en cambio (la voluntad que sigue a la inteligencia), no debe parar de dirigir en ningún momento. Cuando el violín hace lo que la da la gana y no obedece al director ni a la partitura, aquello no es un concierto, sino un estridente desconcierto.

Capacitación (*empowerment*) y señorío [ADELA, LA SEDUCTORA]

La unión consiste en que se unan dos «unos». Solo se unen los «unos». Hay que ser *uno* para unirse. Lograr la *unidad interior*. No es fácil esa identidad y coherencia consigo mismo. Es lo que tradicionalmente se ha denominado ser persona «de una pieza», que no tiene doblez, que es leal y sincera, que guarda la coherencia entre lo que teóricamente debería ser y lo que es en realidad. Es la persona que sabe ser dueña de sí misma. No tiene dos vidas, sino una sola. No se parte por la mitad. Solo así se puede entregar la persona en su *totalidad*. No puede existir el don de uno mismo si antes uno no es dueño de sí mismo. **La esencia del amor está mucho más en la voluntad que en el sentimiento. La voluntad proporciona permanencia.** Dejarse llevar solo por el desbordamiento emotivo puede significar que uno solo se quiere a sí mismo.

Lo que se requiere es *capacitarse*. Se ha puesto de moda en salud pública el concepto de *empowerment*, que a veces se traduce por *empoderamiento*.[5] Acaba correspondiéndose con la *capacitación* que una persona obtiene para adoptar la conducta más sana y sensata, independientemente de cuáles sean las presiones ambientales, económicas o instintivas. Es el autodominio o adecuada capacidad de domesticar bien las apetencias. Esta labor de *domador de apetencias* cobra alta importancia en la nutrición y el combate contra la obesidad. Pero ese señorío es también necesario en la afectividad y las relaciones románticas para que el amor sea verdadero y se construya la fidelidad. Quien no domina el arte de conducir un coche no puede ir de taxista recogiendo a otros por el camino. El arte de conducir no consiste solo en apretar el acelerador, también hay que saber apretar

oportunamente el freno. Quien quiera entregarse a sí mismo por amor a otra persona debe ser dueño de lo que entrega y haber aprendido a conducirse, es decir, a tener auténtico poderío y señorío sobre sí mismo. El amor verdadero se demuestra en la fidelidad ante los contratiempos. La fidelidad queda patente cuando se es capaz de responder con generosidad a aquella petición de la otra persona:

> Quiéreme cuando menos lo merezco, porque es cuando más lo necesito.

Todo bien superior exige renuncia y abnegación. El amor queda patente si se es capaz de hacer algo que no apetece, pero que se sabe que lo necesita la otra persona, *aunque el sentimiento no acompañe*. Alejarse del propio gusto es el único modo de entender los gustos de los demás. Solo así se sabe con seguridad que se está amando. Si no se hace esto, no hay *empatía* posible.

Las personas enamoradas, que aman de verdad, no se detienen nunca ni hablan nunca de lo que ya han hecho por quien aman o han dado ya a quien aman. Siempre buscan qué más podrán hacer hoy y ahora y en el futuro por quien aman. Quieren batir récords en ese amor. Son inconformistas. Desean intensamente que su unión dure para siempre. Este inconformismo libremente elegido les acaba proporcionando, sin buscarla, mucha mayor felicidad que cualquier sensación corporal. El verdadero amor supone la muerte del ego. Y el ego es la muerte del amor. Por eso, al egoísmo no se le puede dar ni agua. Pero hay que reconocer que es inevitable que aparezca tarde o temprano. Así lo explican Basallo y Díez:

> Todos somos egoístas, en mayor o menor grado. Y lo somos desde la cuna, incluso con obstinación (…) sometemos a nuestros niños a una prueba capciosa: «¿Cuál es la persona a la que más quieres en este mundo?». Los que todavía no han superado el test responden sin dudarlo «A papá» o «A mamá». Pero luego ponen los ojos como platos cuando les sacamos abruptamente de su error y les explicamos que no, que a la persona que más quieren es… ¡a ellos mismos![6]

Como decía Platón, *la primera y mejor de las victorias es la conquista de uno mismo*. Esto no brota ni se consigue espontáneamente, porque la tendencia natural es la contraria. Sin esta victoria, no es posible amar de verdad. El amor no lo dan las hormonas, lo da la libre voluntad de querer entregarse y eso implica algo que a veces será duro en el plazo inmediato: ceder y postergarse. Pero, a la larga, traerá mucha felicidad.

Una persona que ama de verdad tiene una sensibilidad cada vez

mayor a sus gestos o acciones de desamor; y a medida que avanza el amor baja el umbral para decidirse a pedir perdón por lo que uno intuye que pudo molestar a la otra persona. Saber perdonarse. Saber agradecer. Desarrollar sintonía de voluntades e intereses. Y que todo esto pese más que lo corporal. Ir por estos caminos es elegir una opción más elevada, son los cimientos sólidos. En su libro *Remedios para el desamor* (Espasa, 2011), el profesor Enrique Rojas sintetiza magistralmente en un decálogo los consejos para la convivencia conyugal:

1. Estar siempre dispuesto a dar y recibir amor.
2. Tener muy en cuenta que lo importante es lo pequeño.
3. Luchar por no ser hipersensible en la convivencia.
4. Procurar evitar discusiones innecesarias.
5. Tener capacidad de reacción tras momentos/ratos/días difíciles.
6. Cuidar el lenguaje verbal y no verbal; atendiendo al respeto, comprensión y delicadeza.
7. Poner el máximo empeño para que no salga la «lista de agravios».
8. Tener el don de la oportunidad.
9. Todo comportamiento necesita de un cierto aprendizaje.
10. Es necesario adquirir habilidades para la comunicación.[7]

Aunque el diálogo del amor corporal sea crucial en el amor conyugal, lo que no es fácil es el arte de saber acogerse, escucharse con atención e interés, llegar a un romanticismo de altos vuelos y duradero. Eso no lo da la mera gratificación sensual instantánea. Quienes aciertan suelen ser esas personas que saben tener conversaciones cruciales profundas y también conversaciones silenciosas. Se nota en cómo los enamorados se miran a los ojos. Logran una sintonía especial y no necesitan muchas palabras para compartir lo que llevan en el corazón. Se encuentran cómodos hablando de aquello que más necesitan soltar. Aprenden el arte de comunicarse. Les resulta fácil tener un intercambio sosegado de ideas. Un diálogo libre, intelectual y profundo, de un nivel superior, que permite abrir el alma y facilita que se diluya aquel problema o inquietud que llevaban dentro, solo con hablarlo, porque se sienten *comprendidos* y valorados profundamente. Sin complicarse, saben soltar aquello que les pesaba con confianza y sentirse mutuamente aliviados al recibir comprensión y cariño. En cambio, resulta doloroso ver a esas parejas en las que no existe comunicación intelectual alguna, pues no prestan atención a la persona que tienen delante, solo a lo que aparece en la pantalla de su teléfono móvil, incluso cuando

piensan que están manteniendo una conversación. No se construye así nada sólido. No se aprende a escuchar activa y empáticamente, ni a abrir de verdad la propia intimidad. Mucho menos a desarrollar la capacidad psicológica de alojar en la mente la intimidad de la pareja.

Parece que casi no saben hablar a fondo, ni han aprendido a escuchar, ni pueden expresar y liberar apropiadamente sus inquietudes, dudas, tristezas y alegrías, como si no hubiesen superado un estado casi de analfabetismo emocional. No saben ponerles nombres a sus emociones ni, por tanto, hablar con soltura de ellas. Para ocultar todo este problemón —que afecta a lo más serio y duradero de la vida— se recurre, en cambio, a tener más contacto superficial, de tipo exclusivamente físico y corporal, con la duda permanente de hasta dónde llegar en ese *sucedáneo* meramente *epidérmico*, que está tapando y desplazando lo importante. Y en vez de quererse, sentirse queridos y respetados, se sienten *usados*.

Cada acto de amor sincero y de generosidad pasa por tener que superar un cierto punto de resistencia interior ante la renuncia que eso supone. Podría parecer, en ese momento, cuando se siente el punto de resistencia, que uno es tonto y está tirando su felicidad por la borda. Pero, al final, una vez superada la resistencia inicial, cuando se hace el acto de generosidad, se descubre que el premio es inmenso. Esto se da de continuo en una familia, por ejemplo, cuando se trata de adelantarse a bajar la basura, cambiarle los pañales al niño o ser empático con la suegra.

El amor se mide por la capacidad real de entrega. *Obras son amores y no buenas razones*. La persona enamorada de ti necesita que le digas que la quieres. El mejor modo de decirlo es no solo con palabras, sino *con hechos*, que son actos de comprensión y afecto, pero también de abnegación y sacrificio. En asuntos nimios a veces, pero que pueden costar mucho. Y esos actos son los más elocuentes.

CASO CLÍNICO

Adela, la seductora

Siempre tuvo una excelente capacidad para las relaciones públicas. Podría haber sido una buena actriz de teatro. Sabía empatizar y mostrar en su cara, en su multiforme capacidad expresiva, en cada momento el sentimiento más apropiado para lograr lo que se proponía. Adela dominaba a la perfección un amplio registro de emociones y sensaciones que arrastraban y engatusaban a cualquiera. Era una maestra, casi sin proponérselo, de su lenguaje corporal. Nunca dudaba de que sabía usarlo hábilmente para lograr sus objetivos.

Se estaba contemplando a sí misma triunfar. Motivada al triunfo. Trepadora. Había escalado con rapidez puestos en la empresa y pronto llegó a jefa. Había cumplido entonces los treinta y cinco. Se realizaban, una tras otra, las aspiraciones que ya anhelaba mientras estudiaba la carrera. Todo iba sobre ruedas. Lista y además trabajadora. También notaba que le estaba pasando algo que no le gustaba. No era raro que cada vez rechazase más cualquier participación en planes con sus amigos. Siempre tenía mucho pero que mucho trabajo. Demasiado. Era una artista para poner en el momento adecuado una de sus caritas de pena y ya bastaba. Todos la entendían. Ella seguía siempre, o casi siempre, sus propios intereses. Y punto.

Ya se había casado —hacía diez años— con Carlos, compañero suyo de curso en la facultad de Económicas. Carlos carecía de las habilidades sociales de Adela. Eso sí, era pasional y muy cariñoso. Y buen trabajador. Estaba muy enamorado y se dejaba llevar por ella sin dificultad, casi en todo. Le dolía cuando renunciaba a planes atractivos con el grupo de amigos, o incluso le cancelaba a él la participación. Pero Carlos tampoco hacía nada para entender por qué Adela se comportaba así. La excusaba en público y no abordaba el asunto en privado, o solo lo *sobrevolaba*.

De vez en cuando, Carlos tenía bajones de ánimo bastante fuertes. Pero Adela, con su salero y fuerte emotividad, era su mejor medicina para remontarlos. Y la verdad es que Adela le quería. Ella se sentía muy bien. Orgullosa de ver que había sido en esos quince años así de importante para darle estabilidad. Tenían un hijo de siete años: Alex.

Adela a sus treinta y cinco años tenía la gran satisfacción de que, gracias a su esfuerzo y su tesón, la empresa había conseguido ampliar mucho el negocio. Pero esa tendencia, iniciada ya en su época de estudiante, que le hacía ser incapaz de cortar a tiempo su trabajo para dedicarse a los demás, acabó por convertirla en una *workaholic*. Tuvo que contratar a más personas para su equipo. La empresa subía como un tiro. José Pedro fue uno de los nuevos empleados contratados por Adela. Un chico trabajador, buena persona y algo ingenuo de veinticinco años, con la carrera de administración y dirección de empresas recién acabada. José Pedro enseguida se sintió deslumbrado y absorbido por la fuerte personalidad y el tirón imparable de su jefa. Al radar de Adela esto no se le escapaba. Hubo que hacer viajes. Adela se sintió muy cómoda con este chico novato y lo eligió como acompañante. Fueron ellos dos solos. Unas horas muy divertidas en el tren. El ego de ella se crecía al advertir lo almibarado y derretido que estaba el chico ante sus encantos.

Adela se encaprichó con José Pedro. Estaba además cansada de tirar de Carlos. Cuando llegaba a casa, agotada, lo último que le apetecía era tener que reanimarlo por enésima vez. Porque de nuevo se había vuelto huraño, depresivo y tristón. En cambio, las risas con su joven empleado, la multiplicación de viajes y la atracción sexual mutua la estaban hechizando. Unos meses más hicieron el resto. Divorcio. Gritos. Insultos. Largos llantos de

Carlos. Alcohol… Tortura para Alex, que no entendía nada de lo que estaba pasando con sus papás.

Alex sufrió lo indecible. Carlos, también. En esos momentos duros, de lágrimas amargas, Adela no podía dejar de evocar los primeros tiempos de romanticismo cuando empezó a salir con Carlos en la facultad. Porque entonces sucedió algo que ahora afloraba. En aquella ya remota época se sembraron malas semillas. Ella quería llegar virgen al matrimonio. Pero él no. Además, la pasión de Carlos, dentro de sus altibajos emocionales, era muy fuerte en ciertas épocas. Era insistente. La resistencia de Adela se había derrumbado, como las murallas de Jericó, tras seis meses saliendo. Luego vinieron cuatro años, donde ni él ni ella sabían qué significaba realmente *castidad*, así que no aprendieron a empoderarse, poseerse y controlarse cada uno a sí mismo. Imperó el descontrol sensual. El «vamos tirando el uno del otro más para hacernos sentir bien y que no lo pasemos demasiado mal, nos vamos dejando llevar», en vez de afrontar el fondo de los problemas con el deseo sincero de ayudarse mutuamente.

¡Ay, si ella no hubiese cedido entonces!

¡Ay, si durante el noviazgo se hubiesen entrenado en aprender a quererse!

Adela habría podido ayudar a Carlos a entender las razones reales de esos bajones y por qué *dependía* en muchas ocasiones de usarla a ella para animarse. Él, en cambio, habría encontrado el valor de coger el toro por los cuernos y plantearle a Adela que ella tendría que domesticar su tendencia a ser siempre, *y en todo*, la triunfadora, aun a costa de esos cada vez más frecuentes *plantones* a él, y a la panda de sus amigos. Carlos podría haber parado a la terrible *workaholic*. También ella ¿por qué no había sabido plantear con claridad su propósito a Carlos, sin ceder? ¿Por qué no se propuso hacérselo entender en una conversación crucial, oportuna, bien pensada y planteada?

Aquello fue el sucedáneo de lo que debería haber sido su gran época de amor personal, y la ocasión irrepetible de haber trabajado ***antes*** sus respectivos caracteres, pero también de dejarse querer en *libertad*. Deberían haber vivido un noviazgo como época de *discernimiento*. Deberían haber practicado el ejercicio de la voluntad, del conocimiento, la profundización en la sintonía de afectos e ideales. En el respeto mutuo. Deberían haber dejado claros los asuntos fundamentales. Pero perdieron esa oportunidad de oro y se quedaron ya vulnerables para siempre a muchos riesgos. Como luego sucedió de hecho.

Ocho años después de la ruptura con Carlos vino el intento de suicidio de Alex. Se atiborró de pastillas. José Pedro lo descubrió. Corrieron. Con Alex ya inconsciente llegaron a urgencias. El médico de cuidados intensivos le habló muy dramáticamente:

—Mire, señora, lo más probable es que no podamos salvarle la vida a su

hijo, incluso puede que eso sea lo mejor, porque si sale con vida, va a quedar con un daño cerebral irreparable.

La dureza de la expresión del médico al pronunciar esta inapelable sentencia hizo mella en Adela. El *shock* psicológico llegó al máximo. Pero la realidad era que ella estaba en la cama. Nada de esto era real, solo seguía siendo una estudiante en la facultad de económicas. Todo había sido un sueño hiperrealista del que las palabras del médico la habían despertado con violencia. Un sueño tremendamente vivo. Como haber contemplado una nítida película de su futuro. Estaba empapada en sudor frío. Atacada de los nervios. El corazón le latía vertiginosamente.

—*No. No es verdad. Era solo un horrible sueño*.

Tuvo que repetírselo a sí misma: es solo un sueño. ¡Todo parecía tan verdadero! Pensó:

—*Esto es una segunda oportunidad*.

La realidad era que, cuando tuvo la pesadilla, solo llevaba poco más de cinco meses saliendo con Carlos. Decidió poner buen arreglo a lo que vio venírsele encima. Recurrió a sus mejores dotes. Fueron muchas conversaciones profundas. Inteligentes. Suavemente en las formas, fuertemente en los asuntos. *Suaviter in modo, fortiter in re*.

Tanto Adela como Carlos comprendieron mejor a partir de ese momento cuáles habían sido sus errores respectivos. Por qué habían empezado a deslizarse hacia el descontrol emocional, y a ir, en realidad, cada uno a su bola, con la *funda mental* del emotivismo, que les impedía filtrar la realidad a través de la inteligencia. Para Carlos era *crucial* superar sus altibajos de estados de ánimo, entender sus causas, y Adela le podía ayudar, pero de un modo más sólido y duradero que el del mero agasajo de emoticones. Esos arrebatos de emotivismos incontrolados eran los que iban a arrastrar a Adela tras los posibles José Pedros, como en esa horrible pesadilla. Adela se mostró en esas conversaciones dispuesta a dejarse ayudar por él para no convertirse en una *workaholic*. Esto era también *crucial*. Pero para Adela era esencial ser coherente consigo misma y con sus principios y mantener aquella decisión que tenía tan clara de dejar el sexo físico para después, para el amor conyugal, y Carlos debía no solo respetarla sino ayudarla y comprenderla en este tema. Ella debería dejarse ayudar por Carlos para controlar su vanidad. Nada se improvisa. Cuando se llega *tarde*, se llega muy *mal*. Hay que trabajar cada aspecto con suficiente antelación y desde las raíces. Ahora sí que estaban a tiempo de tomar sabias decisiones. Al menos se pidieron perdón mutuamente. Pusieron todo de su parte para salvar la vida de los futuros Alex…

Gimnasia cerebral y afectiva

Cada victoria del amor sobre el propio interés propicia que sea más fácil la siguiente victoria. Los actos positivos de vencimiento,

realizados con alegría, por amor, acaban siendo «inversiones» muy rentables porque harán que el siguiente acto de amor puro y desinteresado sea más fácil. Esto se nota también en el rechazo del autoerotismo. Cada ayuno de esas pulsiones egocéntricas es un fortalecimiento de la capacidad de salir de uno mismo y de las propias apetencias para ser capaz de amar. Afirmar la voluntad frente a los espejismos de atractivos emocionales se logra mediante *actos positivos de castidad afirmativa*, que sean plenamente voluntarios y conscientes. ¡Ojo! He dicho *castidad*. ¡Es tabú decir esta palabra! Palabra *prohibidísima* por el pensamiento único. Así explica el prof. De Irala lo que es la *castidad*:

> En primer lugar, la castidad consiste en comprender que tú puedes ser un regalo para alguien. Serás un regalo cuando te entregues un día a alguien. Entregarte significa entregar tu vida y tu sexualidad a una persona, y todo ello por amor. Pero solamente puedes entregar lo que es tuyo. Por eso la castidad consiste primero en comprender la importancia de convertirte en dueño/a de tu vida y de las apetencias y deseos que conllevan ser una persona sexuada.[8]

Erróneamente, se concibe la castidad como negación. Verla así es una tremenda equivocación, porque una visión negativa sería *lo más diametralmente opuesto* a lo que el concepto de castidad significa. El mismo libro sigue explicando, más adelante:

> La castidad no es la negación del placer sexual o de la sexualidad, sino todo lo contrario, darle la importancia que tiene por su belleza y relevancia como vehículo de unión y entrega.

La castidad es lo que permite disfrutar *más* con el placer sexual, porque lo lleva a su mayor grandeza y alegría, al darle *totalidad* a la relación. Me decía un amigo, unos veinte años más joven que yo, padre de familia numerosa, profundamente enamorado de su mujer:

> Perdona que te hable así, pero las relaciones más orgásmicas que yo puedo imaginar son las que tengo con mi mujer. Porque ahí no solo entra lo físico, sino todo el amor acumulado a lo largo de muchos años, la complicidad, la intimidad construida y compartida día a día, porque hemos aprendido juntos, y siempre nos hemos sido fieles, por el gran conocimiento mutuo que nos tenemos, porque sabemos acertar con los tiempos de cada uno, que son absolutamente personales, porque es unión en su totalidad que va mucho más allá de un desahogo. Esa totalidad es lo que logra que sea la experiencia más placentera que puedo imaginar, también en lo físico.
>
> Para mí no supone ninguna atracción ni ningún señuelo un local con luces de neón cuando voy conduciendo. Lo percibo como algo desagradable que más que

un placer me representaría un engorro y, desde luego, sería mucho menos satisfactorio que hacer el amor con mi mujer.

Este puede ser el panorama que esperará al cabo de unos años a las personas jóvenes que saben apreciar lo que vale la pena realmente, y no parece que tenga nada que ver con represión, mojigatería o negativismo, sino con una sensata y sabia inversión que se transformará en una gran gozada. Ahí está el diálogo sosegado y la telepatía en la pareja, la capacidad de postergarse, ceder y comprenderse con cariño. Todo eso, y más, es parte de la «magia» que acompaña a la castidad.

Jason Evert, en una de sus múltiples charlas a estudiantes, también proporcionaba una acertada explicación del concepto de castidad al afirmar que es la capacidad de defensa que tiene una chica cuando un chico le habla de amor y ella sabe discernir si realmente el chico la quiere o lo único que quiere es embaucarla para usar su cuerpo y conseguir un placer a expensas de ella.[9] La castidad para esa chica será el gran activo de su vida, le dará un poder para saber si alguien la quiere de verdad o solo sabe decirle palabras bonitas de amor para luego usarla y aprovecharse de ella. La sexualidad, entonces, ya no sería un lugar de encuentro entre dos verdaderas personas, sino un mero intercambio de sensaciones corporales. La castidad es poderosa. Es atractivo advertir la alegría que derrocha en sus intervenciones Jason Evert. Lo comprobarás en cuanto veas uno de sus vídeos. Tiene un gran sentido del humor.

Una vida que se desarrolla en el amor personal y la castidad nunca es triste ni reprimida ni encapotada. La castidad no es Mordor. Es Rivendel o Lorien. La gente está engañada al pensar que lo que da la alegría es la sensualidad. Y lo único que logra es hundirse en las arenas movedizas de la desesperación que, sí, parecen muy brillantes, pero te tragan vivo. Hay que saber que, si se le da al cuerpo todo lo que pide, uno acaba frustrado y roto por dentro. Es al revés. ¿Para qué beber agua de unos charcos sucios, llenos de barro, cuando se puede saciar la sed en agua limpia? La sed es sed de amor, no de corrupción. El agua limpia es lo que se obtiene con la castidad. Hay preguntas y respuestas interesantes al respecto en el siguiente vídeo.[10]

La castidad permite disfrutar de un magnífico *poder positivo y grandioso*. Los actos interiores repetitivos de la castidad son análogos a los movimientos exteriores repetitivos que hacemos al practicar gimnasia. El que está bien entrenado es el que luego más disfrutará en el deporte. Son actos positivos de castidad, por ejemplo, tratar de ver siempre a la *persona* antes que a su cuerpo, pensar en la persona realmente amada para quererle más y así apartarse de una ocasión de autoerotismo con uno mismo, o con imágenes de otras personas. El amor merece estas decisiones, aunque parezcan drásticas. Habitualmente, no se necesitará llegar al nivel de Aron Ralston.[11] Cada acto positivo de castidad hará más fácil el siguiente acto y creará una capacidad (*empowerment*) cada vez mayor de superación y donación gozosa. Se adquiere así un *poder* que hace más feliz a la persona y más fácil de amar y ser amada. Muchos jóvenes no se plantean la castidad porque tienden a actuar de manera *automática* para imitar, como clones, lo visto en las pantallas (*monkey see, monkey do*). Pero no hay nada de malo en plantearse otras maneras de vivir y que te pueden hacer mucho bien. Hay alternativas a la comida de coco colectiva.

En EE. UU., diversos movimientos lideraron estas opciones a favor de la castidad y contribuyeron a lograr una reducción sustancial y significativa, aunque no espectacular, desde luego, en el porcentaje de jóvenes que se involucraban prematuramente en relaciones sexuales. Desde 1991 a 2017 hubo una disminución significativa en la proporción de adolescentes que reconocían haber tenido relaciones sexuales (del 54,1 % al 38,4 %, ver figura 17). Queda mucho por mejorar, desde luego, pero es posible. Se ve que los esfuerzos por promover una conducta sexual responsable en los estudiantes de bachillerato no fueron estériles en las primeras décadas del siglo XXI.

Relaciones sexuales en jóvenes de EE.UU.
Tendencias de 1991 a 2017

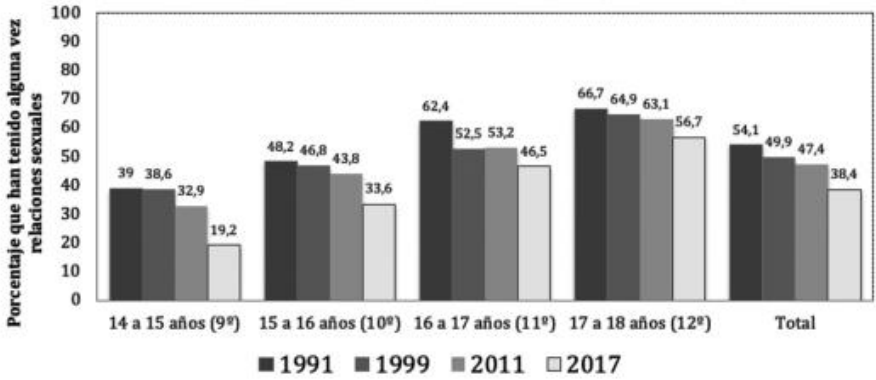


Figura 17. Tendencias temporales desde 1991 a 2017 en el porcentaje de estudiantes de secundaria de EE. UU. que referían haber tenido alguna vez relaciones sexuales, según su nivel de estudios (del 9 al 12 grado, de los 14 a los 18 años de edad).
Fuente: CDC, ver www.childstats.gov/americaschildren/tables/beh4a.asp (consultado el 15/8/2021).
Propiedad intelectual: Miguel Á. Martínez-González.

A pesar de esta tendencia, el problema seguía siendo amplio y grave. Lo era también en España. Imperaba una mentalidad de sexo trivial, irresponsable y tontorrón. «Enrollarse» a la primera de cambio, sin más. Con quien se pusiera a tiro. Usar el alcohol como droga psicoactiva para coger el puntillo y desinhibirse cuanto antes. Lanzarse a ciegas. Ir «a pillar» a quien se dejase. Todo esto ponía en riesgo el futuro de los hogares y contribuía a que luego un gran número de parejas fracasasen en su amor a largo plazo. Hay dos opciones:

- Noviazgo en serio.
- Cultura del «enrolle».

Si vas en serio a construir un futuro feliz, no lo dudes. Opta por lo primero. Eso supone mucho *respeto*. El mayor obstáculo es que la multiplicidad de parejas se impuso culturalmente, por motivos ideológicos, como condición *sine qua non* de la modernidad. Se vendió la castidad como algo conservador y su contrario como «progresismo» (como si las bacanales y orgías romanas no fuesen antiquísimas). Y todos gritaban que era bueno, que era fantástico, que no te lo perdieras, que siguieses experimentando placeres sin tasa… Pero los traumas afectivos provocados por tanta ruptura después de tener sexo parecen bastante obvios. Una vez, una chica se quejaba a otra y le

decía:

> Creía que yo era especial para él, pero me dejó, y ahora pasa caminando por el pasillo con ella y sé lo que están haciendo, porque sé lo que hizo conmigo.

Cada relación deja mucha huella. Esta chica se había engañado antes confundiendo sexo efímero con amor personal, por eso luego sufrió tanto. La persona con la que se han tenido relaciones no suele desaparecer nunca del todo de la cabeza, y esto tiene una explicación en la neurofisiología y la acción de neurotransmisores y hormonas. Esa persona se queda ahí como un fantasma que puede acabar trastornando luego lo más hermoso de la vida. Marañón afirmó que *el cerebro es el órgano sexual más importante del ser humano*. Y Octavio Paz decía que *el amor empieza en el cuerpo, ¿dónde acaba?*

Hay que deshacer el nefasto mito de que dejarse *usar sexualmente* es un acto virtuoso de generosidad. No. No lo es. Es un acto de *complicidad malsana* que causará daños propios y ajenos. Es alimentar el afán pasional-egótico-sensual de la otra persona (y a la postre el propio). Y eso tiene efecto búmeran. Causará después tristeza. Y peor salud mental. No. No es generosidad, es fuente de tristeza.

Panel 11

Consejos que dio a jóvenes el Gobierno norteamericano

- Si dices «sí», todos tus problemas se resolverán, ¿no es así? Es lo que tú quieres. Es lo que quiere tu pareja. Todo será sencillo, ¿no es verdad? *Puede que no*.
- Miles de adolescentes que dijeron «sí», ahora reconocen que *hubiera sido mejor esperar*.
- Aunque no contraigas una enfermedad ni haya un embarazo, puedes salir *perjudicado*.
- La separación cuando se han tenido relaciones sexuales es doblemente *dolorosa*.

Fuente: tomado del folleto (originalmente en castellano) titulado: «Solo para jóvenes», del U.S. Department of Health & Human Services: Office of Public Health and Science - Office of Population Affairs, 2006.

En las primeras décadas del siglo XXI parecía que perder la

virginidad era un reto o una etapa por la que había que pasar lo antes posible, como un rito de iniciación a la edad adulta. Pero las investigaciones serias realizadas sobre este tema señalaron que, especialmente en la mujer, surgía después la sensación de que el hombre se aprovechó de ella y fue *utilizada*. También ocurría en los varones un sentimiento posterior de culpabilidad por haberse aprovechado de ella y haberla utilizado. Esto hacía que en lo más íntimo de su ser cada uno se percibiera a sí mismo como presa de cierto grado de devaluación e insolidaridad. Otro sentimiento desagradable que podía surgir frecuentemente en ambos, más en las mujeres, era la preocupación de haber perdido de algún modo parte de su reputación. También aparecía una reacción afectiva desagradable al percibir, más o menos conscientemente, que con esto una persona se había *rebajado y degradado*. Y acababan minusvalorándose. A pesar de las expectativas y las apariencias, no subía la autoestima, sino que bajaba.

Leí un artículo cuyo título lo decía todo: «Si quieres romper con tu novia, acuéstate con ella». El texto completo del artículo era breve, copio dos párrafos:

> Un estudio en España del Centro de Investigaciones Sociológicas (el CIS) titulado «Encuesta sobre fecundidad y familia de 1995», confirmado por otros trabajos y estadísticas de Francia, Suecia y Estados Unidos, señala que, entre las mujeres nacidas a finales de los años 60, se han separado en los primeros cinco años de matrimonio, entre las que cohabitaron previamente, una cuarta parte, y de las que se casaron directamente, sin cohabitación previa, algo menos del cuatro por ciento. Es decir, la cohabitación previa, con sus correspondientes relaciones sexuales, perjudica la estabilidad de la pareja y del futuro matrimonio. Los motivos para ello son la inseguridad personal, el propio miedo al fracaso y a la soledad, el desconocimiento del sentido profundo del amor, y sobre todo una concepción discutible del matrimonio (…).
>
> Lo peor de este tipo de relación es que los novios, tanto ellos como ellas, tras haber tenido varias parejas con las que lo primero que han hecho es irse a la cama, se encuentran con que están llegando a determinada edad, sin pareja estable y ya sin posibilidades de formar una familia.[12]

No se puede perder de vista en el noviazgo que esa persona con la que ahora sales podría romper algún día y acabar teniendo otro cónyuge en vez de casarse contigo. Desde una posición de respeto lo necesario es dejarle *total* libertad. Precisamente *porque se le quiere*, se le respeta. ¿No parece que esto es una muestra de respeto y amor sincero? Pensar así resulta una demostración de entrega desinteresada. Los novios están en proceso de conocerse bien y decidir. No hay compromiso público ni definitivo. Tienen libertad total para tomar sus

decisiones. Quererle supone necesariamente respetar tal libertad.

La pasión es como el fuego. Con el fuego, cuando se controla racionalmente, se pueden lograr finalidades magníficas, pero si no lo controlas, te acaba incinerando. El sexo emotivista tiende a ser acaparador y dominante y se enfoca hacia lo genital. Lo demás no le interesa. Es más fácil apagar una chispa que un incendio. Una regla práctica en el noviazgo es ponerse pronto de acuerdo para establecer límites en esas manifestaciones reservadas a la intimidad conyugal.

En excursiones por el Pirineo, he pasado por las clavijas de Cotatuero, el paso de Ordeig, el de los Sarrios, la cresta de los picos del Infierno o el *Chemin de la mâture*. Bellísimos todos. Eso sí, con mucho «patio», en argot montañero. Si no sabes de qué hablo, puedes buscarlos en internet o mirar el siguiente vídeo.[13]

Al ver ese vídeo u otro similar, pregúntate hasta dónde te quieres arrimar haciendo equilibrios en el filo del barranco. Más vale quedarse en lo seguro… Estas consideraciones son clave para tomar la decisión correcta en el dilema que muchos se pueden plantear: ¿qué quiero hacer con mi vida? ¿Iniciar un noviazgo serio y respetuoso —que no es ningún sinónimo de «aburrido»— o enrollarme sin más, cada vez que pueda, con toda persona que se ponga a tiro? Hay dos tipos de llamas, la del erotismo o la del amor. La primera es anaranjada y vivaracha, parece subir mucho en estridente chisporroteo. Pero dura poco, calienta poco y enseguida acaba en un pequeño montón de cenizas que se las lleva el viento. La segunda llama es azul y trémula, discreta, y, a veces, casi invisible, pero surge de ese fuego lento de las brasas, con mucho más poder calorífico, más potencia y más duración.

El breve libro titulado *El valor de la espera* tuvo mucho éxito. En 2020 alcanzó su 7.ª edición. Iba dirigido a jóvenes y ayudó a miles de ellos a ser felices, muy felices en su noviazgo y en su matrimonio. Recomiendo vivamente su lectura. Da consejos muy prácticos. Desciende a infinidad de detalles concretos. Responde a las preguntas más frecuentes que los jóvenes se hacen sobre estos temas. Es claro y *amigable*. Evita tecnicismos, pero, a la vez, tiene un fuerte apoyo en la

mejor epidemiología. Cuenta con el respaldo de los grandes estudios científicos en varios continentes y con el acervo de la experiencia propia directa que ha recogido el autor en su trato con alumnos y personas que acuden a él en busca de consejo.

Saber respetarse hoy y ahora supone que ambos quieren para ella y para él lo mejor en el futuro. No es fácil construir una tarea en común que dure toda la vida y sea un auténtico paraíso. A cualquiera que piense en lo que dura la vida se le vienen a la cabeza las dificultades que habrá. Esto es como el que aspira a la matrícula de honor. Las matrículas de honor se sacan a principio de curso, trabajando duro desde el primer momento. Poniendo buenos *cimientos* para resistir todos los vientos y terremotos. No hay cabida para la improvisación o para las prisas cuando se está empezando a construir. Es una obra de ingeniería del propio carácter. Aunque cueste. No precipitarse es el mejor cimiento. Me parecen sublimes las siguientes frases:

> Muchos que creen haber tocado el séptimo cielo del amor no lo han desflorado. Son felices un instante, creyendo haber alcanzado los confines de la existencia y haber descorrido todos sus velos, sin residuos… *Sí, claro, pero en la otra cara no ha quedado nada, después del rapto, no ha quedado nada, no existe ya nada*…14

Aguardar implica respeto, profundidad, reflexión, inteligencia, sentido de las prioridades, autocontrol, esfuerzo, paciencia, abnegación y fuerza de voluntad. Son las mejores bases para construir una edificación verdaderamente robusta y definitiva. En esa época previa al amor conyugal se desarrollan las habilidades de relación con la otra persona. O se desarrollan entonces, o luego todo serán dificultades. En estas habilidades se incluyen aspectos como saber volcarse y hacerle descansar. Lograr que suelte unas risas y le cambie la cara. *Desestresarle* con tu conversación, tu positividad, tu apoyo, tu actitud de pronosticar el bien y tu sentido del humor. Estar siempre pendiente. Saber sacarle una sonrisa con un detalle de buen humor que sabe acertar. Aprender a tener el don de la oportunidad. No permitirse sacar temáticas que pueden herir ni soltar aquello que podría ser molesto y decirlo no tendría sentido en ese momento. Olvidarse de sí mismo para facilitarle la vida en todo. No dejarle en soledad ante ningún reto o dificultad.

Sobre todo, el cariño se manifiesta en que se note mucho que aquello que te contó y que sabes que ocupa su centro de interés no te es ajeno, sino que es *muy tuyo*, que lo sigues al detalle y te haces plenamente cargo de todo lo que hay detrás de cada paso que se va

dando en ese asunto. Probablemente, en la vida, no haya otro modo mejor de ser feliz que olvidarse de uno mismo y dedicarse a hacer felices a los demás. Por ahí van los tiros en el gozo que proporciona la castidad. Hay que saber escucharle, tirarle de la lengua, preguntar por cada tema familiar, de salud, del deporte que hace o que le interesa, del descanso, piropear la ropa, manifestar alegría y agradecimiento, huir de toda actitud gruñona, de queja o de rencor, y también, muchas veces, saber callar lo tuyo, porque adviertes que no viene a cuento. **A medida que avanza el noviazgo hay que buscar los momentos idóneos para ponerse *totalmente* de acuerdo sobre temas cruciales.** Es imprescindible ir al cien por cien de acuerdo en lo importante: número de hijos, tipo de educación que se les dará, modo de emplear el dinero, gastos necesarios y gastos superfluos, tipo de vivienda, horarios de trabajo y horarios familiares, papel que jugarán suegros y suegras, cuñados y cuñadas, roles a desempeñar cada uno en el hogar, modo de tratar a compañeros y compañeras de trabajo, opciones para descansar y desahogarse, enfoque de los viajes y vacaciones, invitados que se traerán a casa… No es exagerado plantear todo esto claramente en el noviazgo. Eso sí, con prudencia y con sentido de la oportunidad para sacar cada tema en el mejor momento. Muchos problemas conyugales se derivarán de no haberse puesto antes de acuerdo en estos temas cruciales. Todos ellos pueden acabar siendo *casus belli* (motivo de guerra) si no se han trabajado bien conjuntamente antes para estar de acuerdo.

Hay que recordarlo: cien mil divorcios. Ciento ochenta mil matrimonios. De los ochenta mil que no se divorcian, en la mitad de ellos la relación amorosa está muerta. La «medicina preventiva» de todo esto consiste en un noviazgo en serio. Con cabeza. Con castidad.

Coste de oportunidad

Esos postres dulces, de cucharilla, auténticas bombas de azúcar y nata, cuando se abusa de ellos, estropean nuestra nutrición y estragan nuestro paladar. No solo por su propio contenido insano, sino porque desplazan a la sanísima fruta fresca, buque insignia de la dieta mediterránea. El postre megadulce tiene lo que se llama en economía un grave *coste de oportunidad*, que es *el valor de la mejor opción perdida*.[15]

El sexo epidérmico, sensual, pasajero y prematuro puede antojarse megadulce, pero tendrá su coste de oportunidad porque tenderá a desplazar inteligencia y voluntad. Cuando la sexualidad en el noviazgo se transforma en erotizada tendrá gran capacidad para convertirse en obsesiva/compulsiva, especialmente en los primeros

momentos de una relación. Puede ser que el chico empiece a decirle a ella ¡te quiero!, ¡vamos, demuéstrame que me quieres! Si me quisieras, te vendrías a vivir conmigo… Pero, lamentablemente, la *traducción* de lo que le está diciendo puede ser meramente:

> —Mira, tengo hormonas y quiero satisfacer mis necesidades genitales usándote a ti para ello.

El amor nunca haría eso. Hay chicos que recurren al argumento peregrino de que no pueden controlarse y necesitan *eso*. Quien use este argumento está demostrando que no tiene amor en su corazón. El amor no le pediría a una chica que dejase usar su cuerpo y arriesgara su vida solo para satisfacer el placer que alguien quiere darse a sí mismo cuando ese alguien no le ha regalado antes su vida. ¿Cómo quieres que te entregue mi cuerpo del todo si tú no me has entregado antes tu vida entera?

En cambio, el amor verdadero respeta. El amor verdadero sabe tener paciencia. Si se empieza dando rienda suelta a lo más instintivo y pasional, se entra en una espiral que cada vez pide más y se acaba esclavo de ella. Por eso, el noviazgo es la gran ocasión de aprender a evitar situaciones que intensifiquen las emociones sexuales, porque es más difícil *frenar* entonces. Compensa apartarse antes de despeñarse. Hay pendientes resbaladizas. Si, poco a poco, durante el noviazgo, el interés de ambos se va desplazando casi exclusivamente a saciar apetitos y buscar emociones en el ámbito *epidérmico*, paulatinamente se relegará a un segundo plano todo lo referente a la identidad de voluntades, pensamientos, proyectos, ideales y actitudes vitales. El interés erótico es invasivo, acaparador y tiende inevitablemente a la *dictadura*. No llegarán preparados al amor conyugal porque emplearon casi todo su tiempo de noviazgo en meras caricias. Se ha citado mucho la frase redonda de C. S. Lewis: «Al terminar de construir un templo para él, descubrí que el dios del placer se había ido».

Y resulta que es autobiográfica. No hay que engañarse pensando que el dios del placer va a ser quien sacie la sed de felicidad. No la sacia, la aumenta. De ahí la adicción en espiral de búsquedas no saciadas y el descontrol afectivo concomitante. Una relación degenerada en *epidérmica* es tan absorbente que ahoga la comunicación racional. Se pierde la *sintonía mental, se pierde mucha libertad también*. No solo es cuestión del tiempo dedicado a una u otra cosa, es tiempo *mental*, sobre todo. Harían falta conversaciones cruciales. En cambio, se crean hábitos *compulsivos* que anestesian la mente.

En casos extremos puede suceder que lo único que tenga en común la pareja sean precisamente sus relaciones sexuales. Pueden estar viviendo vidas totalmente independientes —donde sienten la crueldad del desinterés y la indiferencia de la otra persona ante sus preocupaciones—, pero acaban buscándose solo para lo genital. Así sería fácil caer en la monotonía, el aburrimiento y la incomunicación. Se acaba estando *de vuelta* de todo. Se usa el sexo como droga, que obnubila el raciocinio y pide cada vez más. Se creará taquifilaxia,[16] tolerancia, síndrome de abstinencia, compulsión, dependencia. Se perderá libertad. Como en una borrachera. Y después vendrá la resaca.

Panel 12

Consejos que dio a jóvenes el Gobierno norteamericano

- Trata de evitar situaciones que intensifiquen las emociones sexuales. Es más difícil «frenar» entonces. Habla sobre tus sentimientos y lo que a ti te parece más correcto.
- Mantente ocupado/ocupada con los deportes y las actividades en grupo.

Fuente: tomado del folleto (originalmente en castellano) titulado: «Solo para jóvenes», del U.S. Department of Health & Human Services: Office of Public Health and Science - Office of Population Affairs, 2006.

El *coste de oportunidad* consiste, por tanto, en perderse las mayores ventajas y lo más interesante del noviazgo porque lo erótico se lo queda todo, como un usurero lleno de avaricia.

Panel 13

¿Cómo defenderse de la presión? Decir que no e ir más allá.

Con demasiada frecuencia las mujeres jóvenes son presionadas para que tengan relaciones sexuales que no desean. Para dar a las chicas adolescentes el lenguaje para resistir a esas presiones de tener relaciones sexuales antes de estar preparadas, el programa The Girls Inc., Will Power/Won´t Power ofrece ejemplos de respuesta para cada línea de presión.

Línea de presión	Respuesta
Todo el mundo lo hace.	**Bueno, yo no soy todo el mundo. Yo soy yo. Además, sé que no es verdad que todo el mundo lo hace.**

Si me quieres, respeta mis sentimientos y no me empujes a hacer algo para lo que no estoy preparada.	**Si me quieres, respeta mis sentimientos y no me empujes a hacer algo para lo que no estoy preparada.**
No puedes tener mi pensamiento. Además, si quisiera hacerlo, no estaría dispuesta contigo.	**No puedes tener mi pensamiento. Además, si quisiera hacerlo, no estaría dispuesta contigo.**
Tengo derecho a cambiar de opinión. He decidido esperar hasta ser más mayor.	**Tengo derecho a cambiar de opinión. He decidido esperar hasta ser más mayor.**
Es una pena. Te echaré de menos.	**Es una pena. Te echaré de menos.**
El matrimonio está lejos para mí. Prefiero esperar.	**El matrimonio está lejos para mí. Prefiero esperar.**
Esa es una razón bastante estúpida para tener relaciones sexuales.	**Esa es una razón bastante estúpida para tener relaciones sexuales.**
No lo necesitas. Yo puedo esperar, también puedes esperar.	**No lo necesitas. Yo puedo esperar, también puedes esperar.**
No, gracias, no quiero emborracharme y acabar no sabiendo lo que hago.	**No, gracias, no quiero emborracharme y acabar no sabiendo lo que hago.**

Fuente: Posponer las relaciones sexuales.
Serie educativa para chicas y gente joven. (*New York Times*, 15-09-98, pág. D7).

Leí estas recomendaciones del *New York Times* (panel 13) cuando yo vivía en Boston. Han pasado casi veinticinco años desde entonces, pero siguen siendo actuales. Hay muchas voces, también desde el feminismo, que piensan, como yo y muchos otros epidemiólogos, que deben mantenerse o recuperarse. Son unos recursos útiles e inteligentes para tantas chicas que desean defenderse de una presión que va contra sus convicciones y sus decisiones. Y también pueden ser útiles para los chicos que sienten la misma presión por parte de una chica.

Un segundo coste de oportunidad consiste en que al dar rienda suelta a la pasión prematuramente, sin ejercitarse en controlarla y ser dueño de ella, no se sabrá tener el imprescindible autodominio que luego tanta falta hace durante la vida conyugal. Este autocontrol será después necesario cada vez que surjan oportunidades de sexo extraconyugal. Que surgirán.

Hay muchos jóvenes —más de los que parece— que han tomado decisiones serias de que ese sucedáneo físico podrá y deberá diferirse, y que lo que necesitan trabajar ahora es una prioritaria e indispensable capacidad de *comunicarse* que les dará profundidad y permanencia. ¿Quién aspira a usar y a ser usado?

Este planteamiento puede sonar hiperradical. Sin embargo, nadie sale impasible de una relación, y con frecuencia se ven jóvenes que, después de haberse embarcado en diversas relaciones —con más compromiso en algunos casos y menos en otros—, quieren estar un tiempo sin nadie; «Tengo que estar un tiempo sin nadie de tanto que he sufrido y de lo cansada que estoy».

Las personas que han decidido que es mejor dejar el postre

megadulce para más adelante no deberían pensar que son el único «friki» o bicho raro por haber tomado esa decisión inteligente y fundamental. La historia del cantante Camilo y de su mujer Evaluna fue ilustrativa y saltó a los medios:[17]

A veces se oye la siguiente pregunta:

—Y ¿no hay que probar antes para ver cómo funcionan las cosas en la cama? En principio, todo se prueba y es bueno probarlo antes, para asegurar, ¿no?

Efectivamente, cuando compras un coche, por ejemplo, el concesionario te lo deja probar para ver si te gusta. Pero sería penoso equiparar las personas a los coches. Probar un coche quiere decir cerciorarse de que uno va a gusto, se adapta bien a los pedales, si el acelerador responde pronto o no, si el volante está muy duro, si los asientos son cómodos…, entre otras muchas cuestiones. En el mismo sentido, probar si funciono con una persona en la cama quiere decir que, si no me convencen *x* e *y* aspectos de su ser, ¿la devolveré adonde la encontré? Si no funcionamos en la cama, ya está; no me vale.

¿Son esos los estándares con los que queremos ser medidos? Para dos personas que han decidido mantenerse vírgenes hasta que se casen, si es que finalmente deciden casarse, saben que no hay, para empezar, ningún riesgo de que la otra persona le esté usando con la excusa de estar probando a ver qué tal en la cama. No se trata de venderse a sí mismo como si uno fuese el dueño de un concesionario de coches, ni de jugárselo todo a esa prueba, que no será de ningún modo representativa de lo que ocurrirá el resto de la vida. Quien se casa ya se lo ha jugado todo. Eso es más que cualquier prueba. Además, la *prueba* previa sería poco realista. Los códigos propios de cada pareja para tener relaciones óptimas se desarrollan conjuntamente, poco a poco. Por eso, requieren tiempo de conocerse bien y de adquirir un idioma común hasta ser bilingües. Una prueba

solo representaría un ensayo ficticio carente de validez.

Debe saberse que, si tras casarse la relación no sale *técnicamente* a la perfección a la primera, no va a pasar nada. Al decir «técnicamente» me refiero a que ambas personas alcancen el culmen del gozo con sincronía, cosa que, por otra parte, es sabido que no siempre ni casi siempre coincide. Alguien que se ha casado y se ha entregado de verdad, y su anillo no es de alquiler, no va a dejar a su cónyuge por ese motivo. Si todavía no hay bilingüismo, se sabe que es cuestión de práctica y más amor; de saber escuchar también al cuerpo, de respetarse, de saber comunicarse.

Para adquirir toda la destreza en ese código único e íntimo de la sexualidad personal se requieren todos los ingredientes de quien ya se ha comprometido públicamente. Para ser pleno y satisfacer debe expresar un amor total (sensaciones + emociones + afectos + voluntad + inteligencia + conocimiento mutuo + ambiente estable de hogar), sin probatinas ni medias tintas, y, sobre todo, se necesita tiempo de aprendizaje juntos. El tiempo no es el enemigo del amor. Lo ayuda a madurar. La plenitud de sentido y de goce no llega en un instante. Nadie que tiene amor de verdad puede querer que no sea para siempre. El tiempo es el mejor amigo del amor.

Quien otorgase tanta prioridad a *probar* lo meramente físico probablemente tenga una visión bastante reduccionista de la convivencia entre marido y mujer. Probar a la otra persona, como si fuese un coche, haría que se perdiese el encanto y el valor de la donación que puede hacer tras la boda solo quien se supo guardar íntegro hasta ese momento. Cuando la mentalidad consumista de *usar y tirar* se trasladó al ámbito sexual y se sobrevaloró lo más físico por encima de lo íntegramente personal, resultó desastrosa. Es clave que los dos miembros de la pareja tengan la máxima sintonía en algo muy superior a la cama, que es toda la esfera de sus opciones personales ante el futuro. Eso no se improvisa. Requiere aprovechar el noviazgo para conocerse a fondo en los aspectos fundamentales del carácter, los valores y las preferencias vitales. Así contestaba en agosto de 2021 a una entrevista de *XLSemanal* la psiquiatra y escritora Marian Rojas Estapé:

> Una de las cosas que más nos hace sufrir es el desamor. Por eso abogo por encontrar una pareja lo más afín a ti, porque te aporta seguridad y confianza.

Decía esto después de haber trabajado ayudando como psiquiatra a muchas parejas en dificultades de convivencia conyugal. Marian fue alumna mía. Le oí decir, y me caló hondo esa frase, que, muchas

veces, al escuchar a parejas al borde de una dolorosa ruptura, ella se preguntaba: «¿Es que se deberían haber casado estas dos personas?».

Hay que ser sincero en primer lugar con uno mismo y luego con la otra persona y no engañarse ni dejarse engañar. Quizás este sea uno de los consejos más prácticos de este libro: hablarlo entre los dos con claridad desde el principio. Debe haber acuerdo en todos los temas fundamentales. La fidelidad no se improvisa, sino que hay que educarla. Además, hay que aprovechar el noviazgo para discernir y tomar una decisión *crucial*, la de seguir adelante o dejarlo a tiempo.

Se dejaron allí algo irrecuperable

Son muchas las personas, especialmente los jóvenes, que tomaron decisiones sobre su sexualidad con ligereza y superficialidad. ¿Se equivocaron al tomar tales decisiones? Hay que admitir que al menos fueron decisiones *arriesgadas*. Lo que sí está claro es que muchos hubiesen cambiado a opciones acertadas (y serían más felices) de haber conocido mejor y tener más presentes las ventajas de mirar todo esto más trascendentemente. Con frecuencia fue solo la presión ambiental, la moda, la *curiosidad* o *el temor a parecer raros* lo que más les condicionó. Decidir por motivos simplones tener unas relaciones sexuales hizo que luego se arrepintiesen.

Los resultados de los estudios epidemiológicos sobre el tema apoyan esta conclusión. En un trabajo del *British Medical Journal*,[18] cuando se preguntaba a un grupo representativo de adultos jóvenes (veintiún años) sobre sus primeras relaciones sexuales, solamente un 13 % (5 % entre quienes eran menores de quince años) afirmaba que la principal motivación de su primera relación sexual fue el amor. La motivación más frecuentemente mencionada fue la *curiosidad*. Se sabe que una gran parte se va a arrepentir. El 50 % de los varones aseguraba que tal relación fue fruto de *un arrebato*. Comprobar esto no deja de ser inquietante. Otros motivos frecuentemente descritos no fueron nada románticos, incluían el dejarse llevar por el *ambiente*, por el *alcohol* o por el deseo de perder la virginidad. El 61 % de los varones afirmaba que dicha relación duró menos de tres meses (un 40 % de los varones declaró que solo duró un encuentro). El porcentaje de chicas que a los veintiún años consideraban que se habían equivocado y ahora pensaban que *deberían haber pospuesto* su primera relación sexual era del 54 %, pero este porcentaje era superior cuanto más jóvenes eran las chicas al haber tenido su primera relación. Es decir, **las personas, cuando pasa el tiempo, se arrepienten de haber tenido precozmente relaciones sexuales y luego se dan cuenta de que desearían no haberlas tenido tan pronto.**[19]

Descubren que *dejaron allí algo* que ahora les gustaría poseer para poder ofrecerlo a la persona con quien compartirán definitivamente toda su vida. Esta evidencia empírica es un fuerte argumento para defender el valor de saber reservarse para después. Estos resultados se han replicado en diversos estudios realizados en muestras representativas de jóvenes de diversos países. Por ejemplo, un grupo de investigadores de nuestro departamento realizó un macroestudio internacional con 8 495 escolares de entre catorce y dieciocho años de Filipinas, El Salvador y Perú.[20] Se constataba también, sobre todo en las chicas, que muchas se arrepentían de haber tomado esas decisiones prematuramente y ahora no lo harían si pudiesen retroceder en el tiempo. Reconocían que ahora les disgustaba haber tenido esas relaciones prematuras. La pregunta podría formularse al revés: ¿cuánta gente se arrepiente de haber esperado hasta el matrimonio? Nunca he conocido un testimonio de alguien que diga haberse arrepentido por esto. Usualmente, porque tuvieron motivaciones elevadas para mantener esta conducta. Resultaban, en cambio, insulsas las motivaciones por las que algunas personas afirmaban que habían tenido esas relaciones: presiones externas, arrebatos momentáneos o impulsos a raíz de haber visto pornografía. Las siguientes razones para haberse iniciado genitalmente se asociaban independientemente con una mayor frecuencia de este disgusto subsiguiente por haber tenido esa relación:

- ► Haber tenido la relación por insistencia de la pareja.
- ► Haber sido el resultado de una situación incontrolada.
- ► Que fuese el resultado de exponerse a imágenes sexuales.

Panel 14

Relaciones sexuales triviales y arrepentimiento

- El amor no suele ser la motivación principal.
- Lo son: curiosidad, arrebato, ambiente o alcohol.
- Las relaciones fueron poco duraderas.
- >50 % de las chicas luego pensaban que deberían haber esperado.
- Dejaron allí algo que ahora les parece irrecuperable y les gustaría poseer.

La profesora Menárguez enumera veinticuatro razones (todas tristes y algunas deprimentemente penosas) aducidas por las chicas

que no supieron desarrollar esa capacidad de gestionar sus impulsos y se dejaron arrastrar para perder la virginidad o tener relaciones sexuales cuando no era el momento, ¿por qué dicen que lo hicieron? [21]

1. Para destacar en el grupo al acostarme con el más guapo.
2. Para verme más mayor, más mujer o más madura.
3. Para poder contarlo y sentirme líder.
4. Porque me han dicho que es guay.
5. Porque buscas que alguien te quiera.
6. Porque me atrae su cuerpo, porque quiero sentir placer, porque él me presiona y quiere demostrarme así su amor. Y así lo retengo conmigo.
7. Para saber qué se siente y hacerme la interesante delante de los demás.
8. Porque me siento útil para alguien.
9. Por curiosidad.
10. Para sentirme deseada.
11. Para buscar un poco de cariño.
12. Porque te insultan si eres virgen.
13. Por problemas en casa. Para mí, esa relación es un refugio.
14. Para sentirme valorada.
15. Por aburrimiento.
16. Como subidón de autoestima.
17. Para ser la envidia en una fiesta.
18. Porque nadie te explica la verdad de cómo son las cosas.
19. Porque te dicen que eres rara si no pierdes la virginidad antes del matrimonio.
20. Porque te cansas de hacer siempre lo mismo con tu novio, o novia, y quieres ir más allá.
21. Porque ya has hecho todo lo que puedes hacer y es lo último que te queda.
22. Porque estaba borracha.
23. Para llevar la contraria a mis padres.
24. Para no ser un bicho raro.

No es de extrañar que luego se arrepientan. Advierten que perdieron las riendas de su vida. Les pesa haber cometido estos errores. En muchos de estos motivos primaban los aspectos centrados en ellas mismas, no en el amor. Conquistar el amor está bien, pero puede haber un desorientado *espíritu de conquista (tanto en ellas como en ellos)*. Es el de quien exhibe vanidosamente después a la pareja

como si fuese un trofeo. Cuando sucede esto, es que el amor se deterioró por percibirlo principalmente como un modo narcisista de beneficiarse a sí mismo y engordar la propia imagen. Puro postureo. Egoísmo.

Panel 15

Sexo y amor

- Si no hay valores, el sexo mata el amor.
- El amor es lo contrario del egoísmo (*love is selfless, not selfish!*).
- El ego es la muerte del amor y el amor es la muerte del ego.
- La esencia del amor verdadero exige renunciar al egoísmo.
- Quien usa el sexo para su egoísmo no podrá amar.
- El producto de dos egoísmos no es el amor, sino egoísmo elevado al cuadrado.

Como ya mencioné, en el imaginario colectivo impera como única regla necesaria el acuerdo. No basta con decir que «ambos están de acuerdo». Habría que preguntarse *¿en qué* están de acuerdo? Podría ser que solo estén de acuerdo en «usarse». Cada uno se aprovecha del otro y ambos satisfacen una apetencia radicalmente individualista. El producto de dos egoísmos no da como resultado el amor, sino todo lo contrario (como se dice en inglés, *love is selfless, not selfish!*). Egoísmo por egoísmo no equivale a amor, sino a *egoísmo elevado al cuadrado*.

10

VIRGINIDAD 2.0

(¿Se gana realmente libertad al vivir (o recuperar) la virginidad?)

La industria del entretenimiento, pantallas, redes sociales y otros medios del siglo XXI presentaron el interés por mantener la *virginidad* en jóvenes como algo pasado de moda.[1] No obstante, diversas investigaciones empíricas demostraron que, aunque pudiese haber cierto entusiasmo inicial, al día siguiente o poco tiempo después de perder la virginidad las personas tendían a sentirse baratas, devaluadas, utilizadas, sucias e infelices. Las mujeres percibían esas sensaciones como más dolorosas y punzantes, con afirmaciones como las siguientes:

> —Aunque me parecía que iba a ser la experiencia de mi vida, luego no fue nada que se pareciese a lo que cuentan las películas.
> —Las expectativas eran mucho mejores de lo que luego fue la realidad.
> —No valió la pena, ni siquiera puede decirse que fuese un momento bueno.
> —Satisfizo mi curiosidad, pero me quedé bastante frustrada.[2]

No parecía cierto que la primera vez las cosas fuesen como contaban ciertas películas. Se descubrían aspectos que *no* solían aparecer en las pantallas del cine, las redes o las series, como eran el dolor de la pérdida, la desilusión y la sensación de vacío que se producía después.[3] Como en todo estudio médico poblacional, no todos los expuestos al factor desarrollan el desenlace, ni todos los desenlaces corresponden a los expuestos, pero suele haber razones científicas y médicas como para afirmar que esa exposición conduce a ese efecto. Defender el valor de la virginidad no era, por tanto, un intento de mantener un tabú retrógrado o desfasado. Ni de soltar moralinas. Era proteger algo que incluso muchos jóvenes que la habían perdido percibían como valioso. Además, en la tercera década del siglo XXI ya se encontraban muchas más personas de las que podría pensarse que realmente deseaban conservar esa integridad y la valoraban. Afortunadamente.

La validez de las encuestas

Defender que la virginidad había pasado de moda solía ir en la línea de concebir el sexo-mercancía como una más de las muchas ofertas

disponibles en una sociedad de consumo. Una filosofía rentable para ciertos sectores de *Big Pharma* y otras corporaciones multinacionales ávidas de lucro. Se difundían así resultados de encuestas que parecían concluir que chicos y chicas eran casi todos promiscuos y precoces, o que a una edad media relativamente joven era cuando la mayoría de la gente perdía la virginidad, y… por tanto… había que invertir más en contracepción… Y en los ojos de los mercaderes de anticonceptivos parecía reflejarse el signo del dólar… Pero la validez y exactitud de tales encuestas no siempre estuvo clara. Por ejemplo, se denunció en revistas médicas el error que cometían las publicaciones al presentar los resultados sobre *la edad media* de inicio de relaciones sexuales en adolescentes y jóvenes.[4] Resultaba que **en todos esos estudios existía un porcentaje apreciable de jóvenes, en todos los grupos de edad, que *nunca* habían tenido relaciones. La falacia habitual era que las publicaciones presentaban la media de la edad calculada *solo entre aquellos que sí las habían tenido***, olvidándose de la edad de un porcentaje importante de la muestra que *nunca* tuvo relaciones. La imagen que daban los medios era inválida. ¿Por qué? Primero, se eliminaba de la muestra a quienes nunca habían tenido relaciones, y, luego, calculaban la media de edad de la primera relación quedándose solo con los demás. Lo peor es que lo presentaban como si fuese la edad media de comienzo de relaciones de *toda* la población juvenil de ese país. Esto hacía que pareciese erróneamente que el 50 % tuvo relaciones al llegar a esa edad. Esto —recuérdese el estudio de los abstemios— haría daño a los seguidores del erróneo «dogma» del «vicentismo»: «¿Dónde va Vicente? Donde va la gente», o, dicho de otra forma, «fotocopio, luego existo».

> *Monkey see, monkey do*. El mono —irracional— solo sabe imitar. Solo hace lo que ve.

Por otra parte, en tales encuestas se especulaba que, por el efecto de este mimetismo, muchos de los que no habían tenido relaciones preferían mentir antes que pasar por desfasados, descolgados, raros o carcas. A esto los epidemiólogos lo llamamos «sesgo de información» y, en concreto, sesgo de «deseabilidad social» (*social desirability bias*). Era un sesgo que hincharía erróneamente los porcentajes de promiscuos e invalidaría los resultados, pero resultaba difícil de comprobar. Lo que sí estaba claro era que no todos habían perdido la virginidad.

Nunca se pierde, solo se entrega

En el matrimonio, no se *pierde* la virginidad, sino que se *entrega*. Es un don a la persona amada, un gran regalo con exclusividad. ¿Es que la virginidad hay que perderla? No suele importar perder las cosas que uno no valora, pero cualquier persona mínimamente racional se esforzará por conservar las que sí valora.

Imaginemos a alguien en la parada del autobús. Su comportamiento racional será montarse solo en aquel autobús que le llevará a donde quiera ir. No tendría sentido ir tomando cada autobús que pase, así, a lo loco, para después tener que desandar lo andado y volver atrás desde la siguiente parada. Cero y al sitio. Porque uno se había equivocado de línea.

Hay que fijarse bien antes de tomar ese autobús. No montarse en cualquier autobús, sino solo en el *mío*, en aquel que me llevará al sitio donde quiero llegar. La idea de que uno perderá libertad si deja pasar algún autobús es absurda. La realidad es la contraria: será más libre en la medida en que elija solo el *correcto*. No tiene sentido pasarse el día volviendo al mismo sitio de partida, y acabar mareado, por un afán absurdo de «no perder libertad».

El sexo esporádico y trivializado en el que se pierde la virginidad sería como tomar prematuramente el primer autobús que se pone a tiro. Eso suele tener también otros inconvenientes como la incomodidad física de tener las relaciones en el coche o escondidos en la casa, con el miedo a ser sorprendidos, o en otra situación que, de algún modo, comporta clandestinidad. Es probable que, por estos y otros motivos, tal relación sea insatisfactoria al menos para uno de los dos. Esto contribuye a crear una «mala» experiencia de la sexualidad. Muchas disfunciones sexuales en matrimonios adultos tienen su origen en malas experiencias en el sexo prematuro que se tuvo en la etapa de adolescencia o juventud. *¿No es lógico asumir que tales relaciones teñidas* —en mayor o menor medida— de excepcionalidad u otras particularidades no serán lo óptimo ni las más plenamente satisfactorias también desde el mero punto de vista más genital y físico?

Esto puede dejar huella permanente. Precisamente por ser la primera vez. ¿Serán perjudiciales las repercusiones posteriores en el matrimonio? Es bastante posible que lo sean. Primero, porque se ha fraguado el propio comportamiento sexual en una atmósfera enrarecida, sin la preparación, tranquilidad, el sosiego y estabilidad necesarios. Segundo, porque surge cierto desinterés al ser algo que ya no entraña anhelo, ni ninguna fascinación, ni representa una nueva experiencia vital después de la boda. Sorprende encontrar a estudiantes universitarios que, sin preocupación moral, ni creencia

religiosa alguna, piden ayuda y solicitan:

—Quiero reconquistar mi virginidad. Por favor, ¿me puede ayudar?

Esas experiencias prematuras efímeras dejaron un vacío, decepción y desilusión que les hace reaccionar. Pero la mala experiencia también tuvo en alguna cierta consecuencia positiva, porque pudo ser lo que los llevó a rectificar. Efectivamente: rectificar es de sabios. El problema es que da la impresión de que se introdujo un veneno tan pesimista y desalentador en la cultura del siglo XXI que parecía negar toda posibilidad de rectificar. Resulta muy dañino asumir con desesperanza que la gente *nace así* y luego ya no tiene remedio. Después no habrá quien la cambie. Nada hay más negativo que renunciar de entrada a poder cambiar.

Cruella, la película de Disney, es una obra de arte realmente grande por su puesta en escena, la magnífica interpretación, sobre todo de las dos actrices principales, y la excelente técnica, ritmo y música. Pero hay una escena clave con la que no estoy de acuerdo. Es un monólogo de Cruella, la protagonista (que realmente se llamaba Stella). Pongo a la izquierda el texto inglés del guion original, en medio la traducción en la versión española, y a la derecha algo de mi cosecha.

Por lo demás, la película *Cruella* tiene aspectos admirables. Pero si algún adolescente se tomase en serio las frases de la protagonista, a la que continuamente se está presentando como modelo glamuroso, el efecto sería demoledor. Mucho peor sería si aplicasen estas frases al terreno de la pornografía, la promiscuidad o la pérdida de la virginidad, para hacer pensar a una joven que ella «es así y jamás podrá cambiar».

[illegible]	[illegible]	[illegible] su madre con ella. El guionista lo pinta muy mal. Además, omite un plan peor, nada amoroso, el de que Cruella se convierta en malvada y loca. Así será fácilmente utilizable y manipulable por unos intereses comerciales insanos.
[illegible]	[illegible]	[illegible] posibilidad de ser libre, de enmendarse o recomenzar. La realidad es que los cambios no salen a la primera, ni a la segunda, pero acaban lográndose, tarde o temprano, si uno se empeña y se deja ayudar.
[illegible]	[illegible]	[illegible] absolutamente condicionados por un destino fatal e inmutable es *retrógrado*: sería como volver a las tragedias griegas. La rectificación se da una y otra vez. Los médicos lo

vemos. Mucha gente cambia a mejor. Realmente. Nadie está destinado irremediablemente a una conducta fatal. Vivir en el fatalismo es vivir en un mundo irreal y ficticio.

[illegible] preferible al bien. El colmo. Hay [illegible] pregunta de la escala del profesor de Harvard. ¿Siempre actúo para promover el bien en todas las *circunstancias, incluso en situaciones difíciles y desafiantes*?

[illegible] *destruir* es imposible que pueda [illegible] catástrofe: el imperio de la contradicción y la mentira instaladas en el *establishment*.

El fatalismo es irreal. Probablemente no quepa una visión más triste y también más equivocada del ser humano. Hay que reivindicar la gozosa capacidad inherente, intrínseca y primigenia de cada ser humano de poder superarse y elevarse. Hay que decirlo claro y fuerte: la gente sí que cambia y se hace mejor porque es *libre*. Las terapias funcionan. Hay pruebas suficientes de ello. Hace falta paciencia, pero funcionan. La buena medicina, incluida la buena psiquiatría y la medicina psicosomática, saben curar. Sí, se puede. La libertad existe. Es real. La virtud es posible. El derrotismo de entrada o después de algún fracaso es el peor error, el del *cinismo*. Nada más estúpido que sepultarse en vida en ese cínico pesimismo.

El error no está en fracasar cuando se intenta alguna o varias veces, sino en tirar del todo la toalla y engañarse pensando que ya nunca será posible lo mejor. Es difícil encontrar una frase más falsa y absurda en el idioma castellano que aquella que dice «de perdidos al río».

Unos niños habían atado con una fuerte cadena a una argolla la pata de un águila. El águila era poderosa. Se dijo a sí misma: «Yo puedo romper esta cadena». Desplegó sus alas. Se estiró todo lo fuerte que pudo, dio un tirón. Pero la cadena no se rompió. El águila se estrelló contra el suelo. Lo intentó una y otra vez. Con todas sus fuerzas. Siempre acabó de bruces. Cansada, dolorida, derrotada, se dijo: «No es posible». Y ya no lo intentó más. Se conformó con morir como una gallina. Así sucedió.

El hecho era que en el último esfuerzo la cadena ya se había roto. Hubiese bastado un último empujón. Pequeñito. Una nueva intentona débil le habría liberado.

La realidad es que hubo muchas personas que sí tomaron decisiones que luego se demostraron muy acertadas y eficaces. Precisamente a raíz de haber cometido antes graves errores. Así, quienes acabaron desencantados o hastiados tras una o múltiples

experiencias insatisfactorias de sexo prematuro tomaron la resolución de no volver a tener sexo hasta casarse. Eso sí, con esfuerzo, y a veces, tras varios intentos. Eran personas que ya no podían recobrar la virginidad desde el punto de vista físico. Habían perdido *mucho*, pero todavía no lo habían perdido *todo*.

Todavía pudieron vivir gozosa y limpiamente lo que se dio en llamar la segunda virginidad o la «virginidad 2.0». La experiencia de muchas parejas en las que al menos uno de ellos optó por esta decisión demuestra que fue posible y valió la pena.[5]

Pero una vez arraigado un hábito perjudicial es conocido que resulta difícil conseguir desterrarlo. Hay que emplear lejía y estropajo para deshacerse del todo de la mugre. ¿O no es verdad que cada paso que se da en la dirección errónea representa un obstáculo para llegar al destino deseado? La buena noticia es que siempre será posible recuperar lo perdido. Eso sí, se necesita persistencia y pedir ayuda. *Persevera y triunfarás*, dice el sabio refrán.

Muchas decisiones de emprender un camino de virginidad 2.0 se tomaron aprovechando «momentos de oro». En medicina sabemos que cuando un fumador acaba de tener un infarto será más fácil que tenga la adecuada *motivación* para superar su adicción al tabaco y cambiar de conducta definitivamente. Es lo que en medicina preventiva se llama el *momento de oro*. La mejor ocasión para que el médico intervenga. Alguien que era imprudente al volante y acaba de sobrevivir de chiripa a un peligroso accidente de tráfico estará entonces en el mejor instante de su vida para replantearse su modo de conducir y cambiar. Es también el *momento de oro*.

Esto sucede con los que han seguido los pasos de la virginidad 2.0. Advirtieron su error y cambiaron. Son ocasiones que propician que una persona se enfrente consigo misma (y si es preciso con su pareja) y adopte un cambio de verdad. Descubrieron entonces que tenían que replantearse del todo y para siempre la virginidad y la castidad. Fue el *momento de oro* para emprender el camino 2.0. Una persona que ya haya tenido relaciones siempre está a tiempo de iniciar un periodo de *stop*, aunque sea más corto que si hubiese tenido virginidad 1.0. Ese periodo constituirá también un *don especial* que se desea regalar a la persona amada, incluso si quizás todavía no se la conoce. Resulta muy interesante apostar por un cambio en la vida, aunque ya no se pueda regalar el don total de su exclusividad. La virginidad versión 2.0.

> consiste en que un joven que ya ha tenido relaciones sexuales decide dejar de tenerlas hasta que llegue el día en que pueda comprometerse con otra persona para toda su vida y fundar una familia con ella.[6]

Es un don valioso. El regalo que le hace entonces a la persona con la que se casará procede de que no es lo mismo que esa persona sea la segunda que la séptima, por ejemplo. Será la segunda si se tomó la decisión de la versión 2.0 tras la primera relación.

En el siguiente vídeo, que puedes ver en YouTube, Kati y Pancho cuentan su experiencia de flechazo, enamoramiento y amor conyugal.[7] Dieron un cambiazo por motivos religiosos. Lo mejor está al final:

Panel 16

Razones frecuentemente aducidas para explicar por qué se optó por la virginidad 2.0

- «No me gustaba sentirme usada».
- «Yo no quería, pero cedí a la presión de mi novio y he decidido cambiar porque no quiero hacer cosas simplemente por sentirme presionada».
- «Estábamos tan dedicados a las relaciones sexuales que nunca llegamos a ser amigos».
- «Solo porque cometí un error esto no quiere decir que tengo que seguir cometiendo el mismo error».
- «Voy a esperar porque asumo que con mi conducta he herido a mucha gente y a mí mismo».
- «Quiero mejorar mi vida por mi bien, el de mi futura esposa y el de mis futuros hijos».

Fuente: adaptado de «Solo para jóvenes» / «Perdí mi virginidad» http://www.soloparajovenes.org/virgsecu.htm

Aunque no tenga tanto valor como la virginidad 1.0, la virginidad 2.0 tiene un mérito añadido y es que se renuncia a un placer que ya es conocido. Todo con la finalidad de poder entregarse mejor a esa

persona con la que se compartirá definitivamente la vida y con la que se fundará una familia. También para disfrutar más luego. Muchas veces, estas personas que están ya de vuelta y se han replanteado su vida aspirando ahora a la virginidad 2.0, pueden ser los mejores promotores para difundir en la sociedad el gran valor de su nueva conducta. Podrán hacer mucho bien. La versión 2.0 exige resoluciones sólidas y claras.

Pero hay que tener mucha sintonía mutua en esta decisión. Pero que mucha. Muchísima. Si dos aviones salen de Madrid hacia EE. UU. y el rumbo difiere de partida en solo unos pocos grados, un avión podría acabar llegado a Boston y el otro a Houston. La separación será inevitable.

Panel 17

¿Qué medios poner para alcanzar la virginidad versión 2.0?

- Tener la firme convicción de que no es tan difícil y que cualquiera que se lo proponga puede empezar de nuevo. Creer firmemente que uno lo puede hacer y además pedir ayuda.
- Hacer un fuerte compromiso de reservarse para el matrimonio, de ahora en adelante.
- Apartarse de amistades, compañías, lugares, entornos, sustancias, imágenes y situaciones que debiliten el propio autocontrol. Lo más sano y sensato es evitar estar con personas que nos tientan.
- Aplicar el conocido lema de la Organización Mundial de la Salud (OMS): de alcohol, cuanto menos, mejor.
- Encontrar medios que no sean físicos para demostrar el amor, especialmente la atención y devoción por la persona a la que se quiere.
- Concentrarse en el compromiso y en la autodisciplina para poder controlar los propios impulsos.

¿Cuándo decirle adiós?
[JACQUELINE Y LA CULTURA TÓXICA]

CASO CLÍNICO

Jacqueline y la cultura tóxica

Jacqueline perdió a su padre por un divorcio cuando ella era una niña de solo

dos años. Sufrió su ausencia desde entonces. No pudo ni conocer ni disfrutar el amor de su padre. Sus tíos y tías también se divorciaron, después de pasar temporadas teniendo varias aventuras extramatrimoniales, con continuos engaños a sus cónyuges. Sus abuelos también se divorciaron. Cuando su abuela tenía cincuenta y dos años, su abuelo la abandonó por otra mujer más joven. La adolescencia de Jacqueline fue así un camino tortuoso, una continua vivencia negativa que parecía demostrar que no es posible un amor verdadero y duradero. Jacqueline pensó que el mundo debía estar repleto de gente que un día se enamoró, pero luego fracasó en su relación.

Pero a los quince años esto pareció cambiar. Jacqueline conoció entonces a John, un chico guapo, encantador. Y se enamoró perdidamente de él. Empezaron una relación seria. Jacqueline pensaba que John la quería de verdad. Se sintió profundamente amada, día a día. Había una excelente comunicación entre ellos. Ella contaba los minutos que faltaban para verle cada día. Contrariamente a lo que había pensado hasta entonces, descubrió que sí, que era posible el amor.

Hasta que un día John le dijo:

—Jacqueline, ¿de verdad me quieres?

—Sí.

—Pues demuéstramelo, entrégate del todo, tengamos relaciones.

Y Jacqueline accedió. Perdió la virginidad a los quince años. Pensó que esto les uniría emocionalmente más que nunca y que John y ella estaban tan enamorados que aquello contribuiría a fortalecerles. Ella aceptó el fraude del intercambio de sexo a cambio de afecto. Pero no se daba cuenta de que esto les llevaría a hacerse daño y destruirse.

Efectivamente, ocurrió todo lo contrario de lo que Jacqueline esperaba. Se perdió el amor y todo tipo de respeto en esa relación. Se daba cuenta de que, si ella no podía respetar su cuerpo, John tampoco lo haría. Así sucedió. Jacqueline se sentía destrozada, con su autoestima por los suelos. Había cruzado una línea roja y todo el encanto del primer enamoramiento con John se había perdido. Rompieron. Y una vez cruzada esa línea roja, se enredó todavía más en una serie de relaciones promiscuas, despersonalizadas, con repetidos excesos de alcohol, noches de *zombie*, y pérdida de todo sentido de autodominio y sensatez en la cultura del *enrolle*. Recurría a esa toxicidad como a una pantalla de humo para no tener que destapar y arreglar el verdadero problema de fondo, con el que no quería enfrentarse. La soledad que sentía Jacqueline era aterradora. Su vida se le antojaba triste, desesperada y sin sentido.

¿Cómo acabó esta historia? Puede acabar en la depresión y la ideación suicida. Pero también son posibles segundas oportunidades. Por supuesto. Requieren un cambio profundo. Lo primero es saber acabar a tiempo con una relación tóxica. Cosa frecuente en una cultura tóxica. Quizás, tras un tiempo saliendo con una persona, tengas dudas de si esa relación será nociva para ti

o no.

Sigue leyendo y sabrás qué pasó al final con Jacqueline.

¿Cómo saber cuándo una relación está envenenándote y decirle amablemente, pero definitivamente, adiós a esa persona de la que un día te enamoraste? Considera los siguientes dieciocho síntomas:

1. Le tienes que decir que pare más de una vez.
2. Piensas que es una persona que necesita que la arreglen y crees ingenuamente que tú vas a ser capaz de «redimirla».
3. Te enteras de que mira pornografía.
4. Te pega, te maltrata o hace algo para asustarte.
5. Se emborracha, fuma porros o toma otras drogas.
6. No le importa que mientas a tu familia.
7. Si eres una persona que tiene fe, notas que te aleja de Dios.
8. Te deja a veces en ridículo y luego actúa como si fuese una broma.
9. Te engaña.
10. Te miente.
11. Liga con otras personas mientras está saliendo contigo.
12. Te hace sentirte culpable para obligarte a hacer lo que quiere que tú hagas.
13. Se queja continuamente de que pases tiempo con tus amigos y tu familia.
14. Es alguien que evade la responsabilidad de sus acciones.
15. Se comporta mal, pero siempre les echa la culpa a otras personas. Nunca se disculpa ni reconoce sus errores.
16. No es capaz de desenvolverse sin ti.
17. La relación te está apartando de ser el tipo de persona que tú quieres ser o de ser la mejor versión de ti mismo/a.
18. Tú no puedes defender tus valores cuando estáis juntos.

No se trata de sumar síntomas y si llega a cumplir, por ejemplo, al menos cinco de ellos, tendrías que dejarle. No. *Con uno solo ya es bastante*. Cualquiera de estos dieciocho criterios ya es suficiente para que tengas que decirle adiós. Del todo y para siempre. Sin brusquedades ni malos modos, pero con claridad y determinación.

En cualquier proceso de selección hay una puerta de entrada y otra de salida, ¿cuál crees que es más importante? Yo no tengo duda: la de salida. No lo dudes tú tampoco. Si te consta que se presenta alguno, aunque sea uno solo, de estos dieciocho síntomas, rompe ya.

Ahora estás a tiempo. Es la decisión *número uno* en tu vida. No olvides, que, si no lo haces ahora, puedes cargar con esa gran lacra para siempre. Y lo será también para la vida de tus hijos. Hay que ser valiente. La valentía siempre tiene premio. El miedo a romper puede hacer muy desgraciada para siempre tu vida. Este tipo de decisiones valientes son las que salvan un matrimonio antes de que empiece.

Más allá de los miedos a fracasar, lo que importa es el grandísimo valor en sí mismo que tiene el encontrar una nueva relación de verdadero amor que sea sólida, altruista, satisfactoria, permanente y fructífera, y permita la construcción de una familia feliz. Esto vale mucho en sí mismo. Y has de llenarte de optimismo y saludable autoestima para convencerte de que sí lo puedes lograr. Pero será con otra persona que no sea insana. Tienes mucha vida por delante.

Puedes sentir miedos al futuro y pensar que no encontrarás nunca a esa otra persona que comparta contigo todo esto. Esos miedos son absolutamente infundados. El mundo está lleno de buenas personas, que no solo no son tóxicas, sino que te ayudarán a elevarte humana y espiritualmente. Te sacará a flote y no te hundirá como un plomo. Es verdad que hay personas plomo. Pero hay muchas más personas flotador de lo que parece. Busca y encontrarás. No temas que te puedan rechazar. Todo lo que vale cuesta. Pero vale la pena arriesgarse, insistir y perseguir esta nueva relación con perseverancia y tenacidad.

Desde luego, lo que ahora estará claro es que no debes seguir ni un día más con esa relación dañina que ahora tienes si alguno de estos dieciocho síntomas demuestra que fue desacertada tu elección inicial en el noviazgo. No hay peor error que el de engañarte pensando que tienes capacidad de reformarle. Como si tuvieses un taller de reparaciones de personas que son así. No, no lo tienes. Sería ser un «feliciano» o una «feliciana» creerte que serás el héroe o la heroína que va a arreglar a tu pareja que ahora es así. Hay profesionales especializados en tratar esos problemas. Ellos han tenido que estudiar mucho. Se han formado. Tienen ya amplia experiencia de aplicar terapias. Pero a ellos, a pesar de todo, les cuesta poner soluciones. No consiguen siempre arreglarlo, y desde luego no suelen lograrlo a la primera. Muchas veces fracasan en los intentos iniciales al tratar de reconducir a personas que presentan estas características y desean cambiar. Y no solo tienen la mente y la experiencia en mejores condiciones que tú, sino que son más capaces de hacerlo porque mantienen la necesaria distancia emotiva. Es lo propio de un profesional, que cuando aplica una terapia sabe bien el terreno que pisa y se aproxima a él con objetividad y bien provisto de

conocimiento y experiencia. Si a ellos ya les cuesta, ¿cómo lo vas a conseguir tú?

Hay que ponerse en la dura realidad, más allá de toda subjetividad. La subjetividad aniquila la capacidad de ver aquellas circunstancias y amenazas que, por tener raíces profundas, requieren mayor capacidad de análisis. Ver a las personas a través del prisma de la afectividad subjetiva es peligroso. Ese prisma deforma y falsea el mundo real. Hace perder el sentido de la medida. Confunde y desorbita las proporciones y las distancias. El enamoramiento es distinto del amor. Se ha definido el enamoramiento como un maravilloso *estado de imbecilidad transitoria*.[8] Quien está inmerso en tal *imbecilidad* puede ser muy feliz, pero difícilmente podrá montar un taller eficaz para reparar personas averiadas o personas-plomo. El enamoramiento encandila y anestesia el juicio crítico. Cuando se está vinculado así, tan emotivamente, a una persona en una relación sentimental de noviazgo o similar, especialmente en las épocas donde perdura el flechazo inicial, se tienen los ojos muy pegados a la pared. La rama tapa el bosque. Solo se ve el árbol que se tiene más cerca y eso hace que parezca que es el más grande del bosque. Esto no quiere decir en modo alguno que realmente lo sea. Tener la nariz suficientemente apartada del tronco de ese árbol permitirá darse perfecta cuenta de que ese árbol no es para tanto, en el conjunto de todo el bosque. A pesar de que han abundado libros, películas y series para adolescentes y jóvenes donde el chico maltrata a la chica y repetidamente la agravia, pero ella resiste hasta llegar a un final donde el amor perdura porque ella lo salva, esto casi nunca será así. La vida real es muy distinta de las películas de Hollywood. Se ha ido creando una cultura irreal en muchas mentes con este bombardeo emotivo desde las pantallas que pretenden convencer a la audiencia juvenil de que al final todo se va a arreglar por arte de magia. Son ejemplos que maleducan al presentar modelos erróneos que siempre exageran la capacidad reconstructora que la chica (o el chico) puede ejercer. La realidad es que un profesional siempre lo hará mejor porque afrontará el problema desde una visión objetiva y experta. Se le ayudará más así. Pero no a base de continuar una relación que os está haciendo ya daño a los dos y, donde, previsiblemente, el paso del tiempo la empeorará. Por eso es necesaria esa época previa de salir juntos, de noviazgo, que es solo de *discernimiento*.

Por cierto, Jacqueline es un nombre que he inventado. La verdadera Jacqueline existe y tiene otro nombre. Está felizmente casada con un tipo que es un *crack* y que llegó virgen al matrimonio. Tienen varios hijos. Se les ve superfelices. Él y ella no solo sintonizan,

sino que están muy contentos de poder ayudar a miles de jóvenes a ser *salmones* y no simples clones. La verdadera Jacqueline fue quien elaboró la lista de los dieciocho síntomas.[9]

¿POR QUÉ CASARSE EN VEZ DE «ESTAR JUNTOS, SIN MÁS»?

(¿Vale la pena casarse? ¿Cuándo?)

Cuando ya todo está decidido

Muchos jóvenes buscan su *media naranja*. Cuando ambos están convencidos definitivamente de que ya se han encontrado, ya está la *naranja completa*. ¿Qué hacer entonces? Son situaciones en las que se suelen autodenominar ya *pareja*. ¿Es una época distinta del mero noviazgo inicial? Algo ha cambiado. Sí. Hay un compromiso. El compromiso mutuo es un paso crucial. Hay personas que están casadas y no son fieles. Pero hay otras parejas que no están casadas, pero llevan muchos años juntos y han sabido ser siempre totalmente fieles. ¿Para qué casarse pudiendo solo estar juntos? También podría uno preguntarse ¿por qué solo estar juntos pudiendo casarse?

La cohabitación en lugar del matrimonio como primera forma de convivencia con la persona amada resulta atractiva porque tiene sus ventajas. Se alcanzan prácticamente los mismos beneficios del matrimonio sin sus problemas, como podría ser costearse un divorcio. Se pueden compartir gastos. Es más barato compartir piso que pagar dos viviendas. Podrán viajar pagando una sola habitación de hotel. Podrán conocerse mejor y valorar si su matrimonio va a merecer la pena. Por otra parte, ambos mantienen su autonomía y, si no funciona, pueden dejarse, sin más. Además, no necesitan la aprobación religiosa, legal o de la sociedad. Y especialmente también se ahorran los gastos que cuesta una boda formal.[1] ¿Tiene esto contrapartidas? ¿Son mayores los índices de fracasos? Como siempre hace un epidemiólogo, se debe hablar en términos de estadísticas, de términos medios, de frecuencias relativas y de comparación de proporciones. Nunca de algo que vaya a acontecer en *todos* los casos singulares.

¿Es real que quienes cohabitan suelen tener más frecuentemente una mentalidad de menor compromiso y, en definitiva, son más proclives a la ruptura en cuanto surjan conflictos? Porque para lo que no hace falta ninguna estadística ni ningún estudio epidemiológico es para pronosticar que, desde luego, los conflictos surgirán. Tarde o temprano, pero van a surgir en el cien por cien de las parejas. Y un conflicto puede acabar en ruptura. No es que la ruptura en sí misma

sea un problema, el problema es el sufrimiento de después. Se incluyen aquí los muchísimos problemas que los pediatras ven cada día en sus consultas con niños y adolescentes, hijos de parejas rotas. Insisto: hay que atenerse a la realidad científica de lo que más frecuentemente ocurre.

Existen parejas que empiezan a cohabitar con la voluntad clara de perdurar, aunque no hayan manifestado externa y públicamente, de modo explícito, tal intención, pues han optado por no casarse. Hay que matizar que estas parejas no son equiparables con las que carecen de esta intención de comprometerse para siempre. Sin embargo, se diferencian de los que sí se casan por la validez, firmeza y compromiso público que indiscutiblemente supone el matrimonio.[2] Se ha constatado científicamente que las parejas de enamorados que cohabitan sin planes para casarse en comparación con quienes están casados *tienden* a tener con mayor frecuencia:

- Peor calidad en las relaciones.
- Más episodios de infidelidad.
- Mayor riesgo de ruptura.[3]

Quienes cohabitan tienen mayor incidencia de depresión y mayor frecuencia de problemas de abuso de alcohol y otras drogas.[4] Esta evidencia procede de estudios observacionales (como es lógico). Hay quien piensa que tales estudios no pueden dar la última palabra sobre si esto es una mera coincidencia que se repite una y otra vez o realmente representa una asociación *causal*. Pero es la mejor evidencia científica disponible. Por eso, quien elige la opción de la *espera* y luego casarse, parece, por tanto, más sabio. Está eligiendo lo mejor para su futuro cónyuge, para sus futuros hijos y para sí mismo.

Sobre todo, el problema está en la mentalidad de provisionalidad. Esto crea fragilidad en la cohabitación. Propicia que los conflictos acaben en ruptura.[5] De antiguo es bien conocido que, aunque las personas que cohabitan acaben luego casándose, la evidencia objetiva muestra que tendrán más probabilidades de divorciarse que quienes no cohabitaron antes de casarse. A este hecho, lleno de admirables excepciones individuales, se le han dado diversas interpretaciones.[6]

Hay conflictos, ¿para qué negarlo? Pero, al pasar el tiempo, se aprecia que aparentes conflictos que invitarían a romper la baraja y decir «hasta aquí hemos llegado» no eran para tanto. Basta un poco más de paciencia y comprensión, dejar reposar los nervios y los miedos, y ceder un poco (por ambas partes) para que aquello se serene y ambas partes salgan ganando. Sobre todo, a la larga. Pero si eligen

cohabitar antes de casarse, será más difícil que aprendan a resolver juntos estos inevitables roces. La puerta está abierta para marcharse cuando parece que ha llegado la sangre al río. Hay menos compromiso. Se favorece que el hogar sea inestable.

Lisa Brenninkmeyer se refiere a una historia real.[7] Una pareja que cohabitaba sin casarse le pidió a un cura que bendijese su unión. Para la sorpresa de la pareja, el cura accedió y animó a los novios a invitar a toda su familia y amigos a esa bendición especial.

Pero les dijo que adaptaría el ritual de la ceremonia a su situación de cohabitación. Emplearían la siguiente fórmula para los votos previos a su bendición:

> —Yo, Rick, te tomo a ti, Mónica, para que seas mi pareja de cohabitación, para tener sexo contigo y hacerte responsable de la mitad de las facturas. Para quererte y sacar partido de ti. Desde este día en adelante, o mientras nuestro arreglo funcione, te seré más o menos fiel en la medida en que mis necesidades se vean satisfechas, y si no aparece nada mejor. Si rompo contigo, eso no significará que tú no eras especial para mí, porque te quiero. Te quiero casi casi tanto como me quiero a mí mismo. Me comprometo a vivir contigo durante un cierto tiempo. Por lo tanto, ayúdame. En el nombre de las opciones sexuales y el egoísmo. Amén.

El cura también les dijo que el mejor sitio para la ceremonia sería el dormitorio. Es una parodia. Pero sirve para reflexionar.

Al compararlos con casados, quienes cohabitan tienden a terminar más fácilmente sus conflictos en rupturas. Porque, ¡total!, no había compromiso firme. Podría pensarse que esto se debe solo a lo que los epidemiólogos llamamos un «sesgo de selección». Se produciría si quienes eligieron primero la cohabitación eran personas que se autoseleccionaron para tal opción. Serían un grupo especial, con una formación y unos valores éticos diferentes de quienes decidieron casarse sin convivir antes. No es así. Hay personas que sí han tenido tal formación y tales valores, pero a pesar de ello acaban cohabitando

antes de casarse o en vez de casarse. Cuando se controla por este posible sesgo, el efecto sigue presente.

La explicación mejor fundada y más plausible es que quienes cohabitan tienden a mantener una mentalidad y dinámica de menor compromiso y mayor independencia personal, diferente de quienes prefieren primero vincularse conyugalmente.[8] Los estudios científicos solventes concluyen que cuanto más larga fue la cohabitación previa, más se fijó en la mente la norma de *evitar* cualquier tipo de compromiso fuerte. Desgraciadamente, en diversos países occidentales a principios del XXI se hizo muy frecuente la cohabitación sexual sin vínculo conyugal. Creció novecientas veces respecto a lo que ocurría cincuenta años antes. También crecieron entonces como nunca las rupturas al cabo de unos cuantos años de vivir juntos o de casarse…

Una pareja que cohabitaba sin estar casada podía parecerse mucho externamente a una pareja que sí estaba casada. En ambos casos, se apreciaba una impresión de estabilidad en la convivencia mutua, se compartían los sueldos y otros recursos, así como el trabajo en el hogar. Si había hijos, el aspecto de familia se preservaba también externamente. Eran los padres biológicos quienes convivían con sus hijos. Se distribuían las tareas de cuidarlos y educarlos. Sin embargo, a pesar de esta similitud, quedó patente que las parejas que cohabitaban eran menos estables que las casadas. Este hallazgo se repetía, una y otra vez, en un buen número de estudios poblacionales que lo valoraron en diversos países.[9]

Surgió después una postura que mantenía que la cohabitación, al haberse extendido mucho en la sociedad, ya no se asociaba a más frecuentes rupturas. Se la llamó «teoría de la difusión». Al valorar los estudios más recientes, posteriores a los clásicos, parecía desaparecer esa mayor frecuencia de rupturas, pues a medida que pasó el tiempo, sobre todo después de 2010, se generalizó mucho la costumbre de cohabitar sin casarse o antes de casarse y ya no permitía separar tanto unas parejas de otras.

Pero, en 2018, Michael Rosenfeld y Katharina Roesler publicaron un amplísimo estudio con 216 445 parejas-años de seguimiento.[10]

Los resultados, llenos de buen hacer y con alta calidad metodológica, del estudio de Rosenfeld y Roesler contradecían la «teoría de la difusión» y la visión de que la cohabitación ya no era factor de riesgo de fracaso de la pareja. Sí que seguía siéndolo, también en los estudios más recientes. Rosenfeld y Roesler demostraron que la asociación perjudicial entre cohabitación prematrimonial y ruptura era un daño que seguía persistiendo también más allá del 2010. Identificaron que los pocos estudios que apoyaban esta «teoría de la difusión», y no encontraban que la cohabitación tuviese mayor riesgo de futuros divorcios, se basaban solo en muestras que solo seguían a muy corto plazo a las parejas. No incluían uniones conyugales que hubieran durado lo suficiente como para captar plenamente el mayor riesgo de ruptura de la pareja pasados los primeros años. Es decir, perdían *la perspectiva del largo plazo*.

La realidad, al usar mejores métodos y mayor tamaño de muestra, era que la cohabitación sí que propiciaba mayor frecuencia de ruptura posterior. Pero el efecto solo empezaba a manifestarse más tardíamente, no durante la luna de miel ni en el primer año tras casarse, sino cuando pasaban más años y la vida matrimonial se volvía más difícil al irse sumando los conflictos y contratiempos. Esto lo constataron con datos en su estudio. La estabilidad a largo plazo en el matrimonio es una tarea que ni mucho menos podía darse por supuesta al admitirse socialmente la infidelidad como algo normal y ubicuo. No resultaba fácil mantenerse fiel «en las alegrías y en las penas, en la salud y en la enfermedad, y amar y respetar» a la otra persona durante todos los días de una vida. Cohabitar sin casarse parecía el principio del compromiso *light*. Implicaba inseguridad. ¿Qué pasaría si uno de los dos tenía una hemorragia cerebral u otra enfermedad grave? ¿Quién estaría dispuesto a pasarse el resto de su vida atendiéndole si quedada hemipléjico o incapacitado, cuando no existía ningún vínculo legal que diese esa seguridad? ¿Qué pasaría si quien tenía que atenderle se enamoraba de otra persona? Casarse era un seguro de vida.

La correlación observada entre cohabitación, sexo trivial («enrolle») y violencia contra la mujer requiere una explicación. El feminismo —con razón— constantemente lamenta los «feminicidios». Pero, realmente, la práctica totalidad de violencia machista es la causada por parejas sentimentales *no casadas* y el feminismo no hace tanto como podría hacer por promover una relación de pareja sana, donde se evite la cosificación de la mujer y se fomente el respeto, el

valor de la espera y la formación de una familia. Es decir, que el sexo no sea un mero juego para buscar gratificaciones rápidas. En el contexto del mero juego y la banalización, los hombres pueden desarrollar la concepción mental de que las mujeres son meros objetos o instrumentos a través de los que se puede dar rienda suelta a sus instintos para maximizar su placer. Y en ocasiones, bajo este contexto, cuando la mujer no es sumisa, el hombre se enfada y la descarta, y recurre a la violencia. Todo muy triste, pero las cifras apoyan esta explicación.

Un dato epidemiológico bien contrastado disipará cualquier duda sobre lo pernicioso que fue la extensión de la cohabitación y la evitación o retraso de los matrimonios: las mujeres que estaban en una relación de cohabitación tenían nueve veces más riesgo de ser asesinadas por su pareja que las que tenían un vínculo conyugal. Téngase en cuenta que es bastante raro encontrar en epidemiología un riesgo relativo de 9. Una analogía con otros riesgos relativos ayudará mejor a entender qué significa esto. Por ejemplo, el riesgo relativo de mortalidad para el tabaco en el siglo XXI era de tres en la mujer y de 2,8 en el varón.[11] Para los productos alimenticios más «malos» de los «malos» (que son los ultraprocesados),[12] el riesgo relativo de mortalidad era de 1,6 al comparar los extremos de consumo.[13] Un riesgo relativo de nueve es, por tanto, absolutamente brutal.

Panel 18

Riesgo de muerte de la mujer en la cohabitación

Las mujeres que estaban en una relación de cohabitación tenían nueve veces más riesgo de ser asesinadas por su pareja que las mujeres que estaban casadas.[14]

Otras formas de violencia contra la mujer se volvieron también más frecuentes si existía cohabitación previa (antes de un matrimonio estable o de una separación), en comparación con esas mismas situaciones si no había existido antes cohabitación. En resumen, siempre con solo comparaciones de proporciones, y, por supuesto, sin ningún estudio experimental «puro», sin que se pueda dar una aplicación generalizada, y basándose en los estudios observacionales, lo que sí se ha encontrado es que las uniones de cohabitación resultaron más propensas a la ruptura, la infidelidad y a la violencia

de la pareja, según los mejores estudios epidemiológicos disponibles. Más aún, los niños que nacían antes o durante la cohabitación de sus padres tenían un mayor riesgo de secuelas negativas que incluían:[15]

- Parto prematuro.
- Fracaso escolar y menores logros educativos futuros.
- Mayor pobreza.
- Mayor riesgo de ser encarcelados en su vida adulta.
- Mayores problemas de conducta y delincuencia.
- Riesgo elevado de acabar siendo madres o padres solteros.
- Mayores riesgos médicos y de enfermedades crónicas y mentales.
- Mayores riesgos de abusos de sustancias tóxicas.
- Mayor propensión al abuso de niños.

Las mujeres que cohabitaban en vez de casarse eran también más propensas a acabar con las vidas de sus hijos previamente al nacimiento.

Felicidades y prioridades

La atracción afectiva es habitualmente lo primero que ocurre en el tiempo (orden cronológico). Todo empieza por ahí, por el flechazo, sin que necesariamente se acompañe entonces de un deseo específicamente genital, de ahí que a veces se hable de amor platónico. Después viene el enamoramiento que es algo cuasimágico y tiene un contenido más emotivo y sentimental. También puede entontecer transitoriamente la mente («estado de imbecilidad transitoria»). Una vez pasado el hechizo, se dará paso al noviazgo en serio, como época sobre todo de discernimiento y decisión, que requiere ineludiblemente hablar mucho, pero que mucho, ¡muchísimo!, porque es clave usar ese tiempo para conocerse mejor en todo.

Solo en un tercer tiempo, una vez llegados a acuerdos firmes sobre los temas vitales en toda su extensión, se establecerá el amor conyugal o esponsal.[16] Será el amor sólido y comprometido. Así será duradero.

Panel 19

Las 3 etapas en el amor de una pareja

- Atracción física y afectiva.
- Enamoramiento y noviazgo.
- Amor conyugal.

Como la relación propiamente genital afectará de un modo muy especial a toda la persona y creará unos vínculos neurobiológicos muy fuertes, lo más inteligente es tenerla cuando solo se haya llegado al amor comprometido, propiamente conyugal. Por amor a la libertad. Sin libertad no debería casarse nadie.

Estas tres etapas (flechazo, enamoramiento y amor conyugal) tienen además otro requisito: la autoestima, una sana autovaloración positiva. Y un sano amor a uno mismo. Para amar a otra persona, hay que apreciarse a sí mismo. Nadie da lo que no tiene.

Para poder estimarse, ayuda mucho sentirse percibido como amado, especialmente en la infancia y adolescencia. Todo esto es de Perogrullo. Pero no es infrecuente que un joven pierda la capacidad de amarse plenamente a sí mismo tras eventos traumáticos que pueden ser externos (abusos, separación de los padres, *bullying*, violencia de pareja, etc.) o incluso internos (sentirse fracasado o degradado tras una primera relación sexual prematura o tras exponerse a la pornografía, con su tendencia al hábito, la adicción y la baja autoestima). Por desgracia se hicieron frecuentes estas exposiciones y estas adicciones. Al perder autoestima, se tiende a perder la predisposición a amar a otra persona de manera ordenada. Salir de ese agujero suele exigir reconciliarse consigo mismo. Reflexionar a fondo. A toda aquella persona que note que le pasó esto, yo le recomendaría que busque ayuda. Hay que pararse a pensar. Ordenar la mente. Del modo más objetivo posible. Ceñido a los datos y hechos. Y con ayuda de alguien experto, que pueda aconsejar.

La capacidad de la sexualidad para crear estrechos vínculos sentimentales y afectivos interpersonales debe ocupar un lugar privilegiado. Además, los hijos tienen todo el valor que una persona posee en sí misma. Si se vuelve a considerar la amputación del brazo que se hizo Aron Ralston (v. capítulo 8), se entenderá que lo que le movió a salvar su vida fue algo que tenía mayor valor que su brazo: toda la vida de su futuro hijo.

Llegó a difundirse un anuncio comercial de un potentísimo —y carísimo— cochazo que proponía la siguiente propaganda: «Cambia el llanto de un niño por el rugido de doscientos caballos». Afortunadamente, hubo protestas y se retiró pronto el anuncio. ¿No parece lógico que a un hijo se le debería querer más que a un coche?

Es así. Los hijos tienen *primacía*. El valor intrínseco y objetivo que tiene *la vida entera* del hijo es lo que explica su importancia. Si costase entenderlo, bastaría pensar que siempre, sin duda, valdrá más en sí misma y objetivamente *toda* la vida de un nuevo ser humano (un hijo y *su entera biografía*) que aspectos parciales de una relación interpersonal concreta, por no mencionar lo que se refiera solo al propio gusto (doscientos caballos) o al propio ego.

Por importante que sea incluso una relación y por mucha felicidad que proporcione, es *solo un aspecto más* de la biografía de esas dos personas y nunca agota *toda la riqueza inherente a una persona*. La biografía *completa* de una persona (*toda* la vida del hijo) tiene más valor que un único aspecto de esa biografía (la sexualidad de cada progenitor). ¿No parece lógico que sea así? Es más, él y ella serán mucho más felices y la gozarán más cuando se trasciendan a sí mismos y añadan el ingrediente del amor a los hijos.

La procreación, cuando nada lo impide, no es solo traer un ser humano al mundo; es asegurarle un padre y una madre que se comprometerán en criarle, cuidarle, *quererle* y educarle especialmente en los primeros y críticos años. Esto es inseparable de la unión mutua afectiva y total de ese padre y esa madre. El vínculo serio y legal da una seguridad duradera que es indispensable para ser feliz de verdad y para que puedan serlo los hijos. Los diversos aspectos de la felicidad en la relación conyugal se potencian mutuamente. Cuanto más cariño se tenga, mejor irá lo demás. Cuanto más placenteras sean las relaciones, más facilidad habrá para amar a cónyuge e hijos. Cuanto más se ame a los hijos y se desee su vida y su bien, mejor relación habrá. Son características multiplicativas.

La sociedad del tercer milenio tendía a preguntarse perpleja: pero… si ambos están *de acuerdo*, ¿por qué no van a hacerlo? Una de las respuestas más profundas y definitivas a esta pregunta va en la línea de lo que pensaría el futuro hijo que podría surgir como consecuencia de que ellos dos decidiesen en ese momento *hacerlo*, solo por la mera voluntad de ellos dos. Ese posible hijo sería el *convidado de piedra*. El gran ausente del planteamiento que más le afectaría durante toda su vida. Pero no es justo que haga el papel de convidado de piedra. Podría acabar debiendo su existencia a tal decisión. Toda su existencia. Nada menos. No hay duda de que son decisiones que le interesan mucho. A nadie le interesan tanto como a él.

Esos hijos que van por el mundo y que nunca han sabido quién es su padre, los que fueron dados en adopción, quienes se criaron en un orfanato, quienes han sufrido las tempestades de un hogar montado sobre la improvisación y la irresponsabilidad de sus padres, los hijos

de las grandes borracheras…, tendrían mucho, muchísimo, que decir. Ese posible hijo de una relación banalizada, improvisada o fracasada tiene mucho que decir. Su vida, la entera historia de los largos años de trasiego por este mundo, debe *pesar* mucho más en cualquier razonamiento sobre la sexualidad que la alcoholemia, las ganas de juerga, las apetencias, los arrebatos emocionales, el descontrol que ha generado una vida sexual formada a la sombra de una pantalla o la mera voluntad irresponsable de quienes fueron sus padres biológicos.

Son muy elocuentes las consecuencias en los hijos de unas relaciones que acaban derrumbándose por haber puesto con excesiva prisa los cimientos (o por haberlas construido sin cimiento alguno) (panel 20).

Panel 20

Incrementos relativos del riesgo de enfermedad mental en los hijos al comparar padres divorciados frente a familias intactas y estables (metaanálisis de 54 estudios con 506 299 participantes).

A igualdad de otros factores, los hijos de divorciados presentan un incremento (relativo) del riesgo de las siguientes magnitudes:

- 29 % más depresiones.
- 12 % más trastornos de ansiedad.
- 35 % más intentos de suicidio.
- 48 % más ideación suicida.
- 43 % más abuso de alcohol.
- 64 % más tabaquismo.
- 45 % más uso de drogas.[17]

No solo el hijo, sino también sus padres se verán frustrados por haberse perdido el paraíso de la sinergia que se da en la sexualidad cuando está en su totalidad y se ha sabido tener la sabiduría de poner unos cimientos profundos y haber valorado la espera, como se merece. Así se crea esa totalidad, que es multiplicativa de la felicidad.

Ni las prisas ni las impaciencias son buenas. ¿Se tira de una pequeña planta para que crezca? No solo no se logrará su crecimiento, sino que se destruirá la planta. Las cosas buenas requieren sus tiempos de espera. Y la paciencia es la madre de la ciencia. El que quiere precipitarse está abocado al fracaso. ¿Qué sucedería si un cirujano se

precipita y empieza la intervención antes de que al paciente le haya hecho efecto la anestesia? Las influencias con voraz afán de lucro repetidamente mencionadas pusieron todos sus tentáculos en acción para desarrollar una ingeniería social que hiciese surgir generaciones donde primasen las prisas para irse cuanto antes juntos a la cama y donde sexualidad y procreación parecían conceptos *enemigos*. Como si alguien dijese que gastronomía y nutrición no deberían ir a la par.

Surgió una mente colectiva fuertemente contraceptiva. Los gobiernos impusieron en sus leyes la mentalidad contraceptiva. Para cualquier tema de salud sexual y reproductiva la medicina preventiva acabó lamentablemente reducida a mera *medicina contraceptiva*. El *gran mal* «a prevenir» eran los hijos. Se llamó «salud reproductiva» al arte de cómo *evitar* reproducirse, ¡olé la manipulación semántica! ¡Todo un prodigio de ingeniería social![18]

Panel 21

Amor y mentalidad contraceptiva

- El amor verdadero incluye maternidad y paternidad.
- Unión, procreación y placer se potencian mutuamente.
- Quien no se contiene verá a los hijos como *problema indeseable*.
- Ver a los hijos como *problema* no ayudará a amarlos.
- La mentalidad contraceptiva es enemiga de los hijos.
- Saber respetarse es amar a las personas: hijos y futuro cónyuge.

Cualquiera que piense con seriedad en la sexualidad humana, sea católico, judío, hare-krisna o ateo, se dará cuenta del gran valor objetivo que tienen los hijos, como personas humanas, y entenderá que deben ocupar el primer puesto en la escala de intereses. Pueden venir siempre que haya relaciones, como se ha ido viendo en otros capítulos. Se merecen un hogar establecido. Se les debería preferir a los propios intereses, más que al rugido de doscientos caballos o a unas merecidas vacaciones en plan *nirvana*, porque se les tiene no solo el máximo respeto, sino también el máximo cariño. Sobre ese amor incondicional y desinteresado es como mejor se funda una familia verdaderamente sólida y feliz.

Quizá pueda surgir una duda. Cuando él y ella quieren tener las relaciones sexuales cuanto antes, sin esperar a haber constituido un hogar, pero se preocupan (aparentemente con un gran sentido de la

responsabilidad) de poner seriamente los medios a su alcance para que no se produzca un embarazo, ¿no están de ese modo demostrando que les interesa realmente el bienestar de sus hijos y por eso no se arriesgan a tenerlos antes de estar preparados? Efectivamente, las personas que actúan así pueden hacerlo porque tienen sincero interés por el bienestar de sus futuros hijos y hay que respetar su buena intención, pero deberían pensarlo quizás con mayor profundidad, porque el error puede estar en la raíz de su planteamiento y en su impaciencia. Esto se irá comprendiendo cada vez mejor al ponderar todo lo ya explicado en este libro y lo que sigue a continuación.

¿Es solo un trámite burocrático?

Cada vez fue más frecuente encontrar personas jóvenes que tenían miedo a casarse. Muchas veces porque fueron engendrados en relaciones banalizadas y sin compromiso. O porque la unión de sus padres fue desastrosa, montada sobre la improvisación. O porque vieron naufragar a sus padres como pareja. Desde luego que se entiende que muchos piensen que hace falta tener valor para tomar la decisión de casarse. Pero el amor de una pareja, cuando es verdadero, acaba pensando en serio y con constancia que «no puedo vivir sin ti». Es entonces cuando se está preparado para el amor *conyugal*. Precisamente por eso la persona elegida se siente de alguna manera especial y altamente valorada. Tal elección es una distinción pública incomparable e ineludible. Sería un error, por tanto, considerar que la boda es un mero *convencionalismo* o un trámite burocrático.

Cuando el amor conyugal ha superado el mero atractivo externo, el pasárselo bien juntos, el «me gustas», la mera emotividad, o el enamoramiento pasional, se llegará a una entrega permanente y realmente comprometida. Eso es lo que precisamente supone la boda. Quien desea sinceramente amar todo lo posible a una persona no le pondrá fecha de caducidad, ni se detendrá ante esta exigencia de presentarla en público a los demás. Todo lo contrario. Se alegrará infinitamente de declarar pública y legalmente con la boca grande y en voz bien alta su compromiso. Se sentirá orgulloso de presentar a los demás a quien ha elegido definitivamente como su compañía para toda la vida, con un vínculo firme y exclusivo.

Considerar que ya son mayores y esto es solo un trámite que uno se puede saltar, sería como poner *cimientos averiados* en su relación al no expresarse de manera pública su compromiso fuerte. No parece ser el mejor comienzo de una historia que debe caracterizarse por la honestidad, sinceridad y generosidad. No pasar por lo que tildan de *trámite* podría acabar haciéndoles daño. Dañará también a los posibles

hijos que vengan, como demuestra la evidencia epidemiológica. Tampoco representará un buen comienzo para comportarse luego ejemplarmente ante ellos.

Casarse tiene implicaciones no solo de sexo. La boda es una gran fiesta. Y además repercutirá ya para siempre en sus vidas desde el punto de vista del derecho.[19] Los esposos cuando se casan realizan públicamente un acto con valor jurídico, que creará un vínculo fuerte y otorgará un reconocimiento y aceptación social. La pareja de enamorados necesita de los demás y los demás necesitan a la pareja. No es un momento para esconderse, sino para mostrarse. El amor debe ser festejado. Se desea compartirlo con amigos y familiares. Lo lógico cuando algo llena de felicidad es el deseo de *compartirlo*.

Lo que se desea al casarse es que el vínculo tenga todo su valor jurídico. Es *poner toda la carne en el asador*. Es quemar las naves. Supone afirmar de manera rotunda la entrega mutua y definitiva. **Casarte supone realizar un acto social de reconocimiento público. Es como decir a los cuatro vientos que la otra persona es tu gran y único tesoro.** Casarte con esa persona supone haberla «elegido públicamente para toda la vida», porque piensas que *vale mucho*, que no hay otra mejor para ti, que vale tanto que quieres que sea la destinataria «exclusiva» de tu amor y la madre (o padre) de tus hijos. Precisamente es esa valía que tanto se estima en la persona que se ama lo que conduce a desear fuertemente celebrar públicamente la boda. Casarse es también un mensaje a las amistades del otro sexo, de que ya no estás libre de compromisos. Así se enterarán todos de que esa persona, por la que tal vez sientan algo, optó libre y definitivamente por compartir su vida contigo y no con otra persona. La cohabitación, en cambio, no da la oportunidad de reconocer de modo total, exclusivo, definitivo y en público el valor de la otra persona.

¿Vale la pena casarse o es mejor solo estar juntos? Lo crucial es el compromiso. Es más fuerte cuanto más público se haga. Casarse es poner todo en juego. Entregar la vida entera. No andarse con medias tintas. No llamarse a engaños ni a palabras ambiguas. Cuando el compromiso mutuo sea así de fuerte, habría que invertir la pregunta: si el compromiso es así de firme, ¿por qué no casarse ya de una vez?

PIENSA QUÉ PUEDES HACER PARA CAMBIAR TÚ EL AMBIENTE: EL RETO DE SER *INFLUENCER*

(¿Está todo perdido o está todo por hacer?)

La Rosa Blanca y los salmones

La Rosa Blanca fue un movimiento de resistencia al nazismo liderado por un pequeño grupo de jóvenes rebeldes en Alemania. Casi todos ellos eran estudiantes.[1] Con altruismo y valentía, jugándose la vida, supieron plantarles cara a las barbaridades de aquel régimen inhumano. Su nexo de unión, aparte de una radical oposición a Hitler, fue el humanismo cristiano. Se servían básicamente de dos armas: la publicación de hojas de información y el sabotaje activo, pero no violento. La característica más acentuada en la mayor parte de sus miembros fundadores era una profunda religiosidad, aunque unos eran católicos y otros protestantes. Copio un párrafo tomado de un libro sobre este interesante movimiento:

> Compañeras, compañeros: nuestro pueblo está estremecido por la muerte de nuestros soldados en Stalingrado. Trescientos treinta mil jóvenes han sido arrojados a la muerte y la perdición por un dictadorzuelo, sin sentido e irresponsable. ¿Queremos acaso dejar en manos de un grupo inmoral de un partido, en sus bajos instintos, al resto de nuestra juventud? ¡Nunca jamás! Ha llegado el día de la rendición de cuentas ante nuestra juventud de la más infame tiranía que ha sufrido nuestro pueblo. En nombre de la juventud alemana exigimos del Estado de Adolf Hitler la libertad personal, el bien más costoso, en la que él nos mintió en la forma más baja. (…)
>
> El nombre de Alemania queda manchado para siempre si la juventud alemana no se levanta, no destruye a sus tiranos y no levanta una nueva Europa del espíritu. Estudiantes: nos está mirando el género humano.
>
> Marquemos el camino hacia el Honor y la Libertad.

Aunque estos jóvenes eran pocos —ridículamente pocos, una mínima minoría— e iban contra corriente en la Alemania nazi, sus palabras son ahora un monumento. Muy admirable. Esa valentía suya frente a un tirano —salvando todas las distancias— parece tener cierta analogía con la gozosa revolución de los salmones que se hizo necesaria en el siglo XXI. Frente a otros dictadorzuelos: relativismo, consumismo, hedonismo, pansexualismo.

No dejan de asombrar las cifras antes expuestas. Mencionemos

algunas: al menos, una de cinco universitarias había sufrido acoso sexual en los campus estadounidenses. Una de cada diez mujeres había sufrido violencia sexual en España durante los últimos doce meses. La sexualidad precoz, efímera e irresponsable se extendía como un reguero de pólvora entre los jóvenes y adolescentes y se asociaba en crecimiento explosivo con la ideación suicida y los síntomas depresivos.[2] El 17 % de los jóvenes y adolescentes se estaban autolesionando, según un estudio realizado en Navarra y presentado en 2022.[3] El 25 % de los jóvenes presentaba ideación suicida tanto en EE. UU. como en España.[4] Las tasas de suicidio crecieron hasta convertirse en la primera causa de muerte entre los jóvenes. Las enfermedades de transmisión sexual no paraban de subir desde el año 2000. Una sola web pornográfica tenía ciento cuarenta millones de visitas diarias. Cada día crecía el número de adictos al porno. Uno de cada diez menores hacía *sexting*. Los depredadores practicaban abundantemente *grooming* (seducción de la menor) y chantajes sexuales a través de las pantallas. Las violaciones grupales aumentaban. Apareció un fenómeno nuevo: las violaciones en manada por parte de menores…

Era obvio que el daño sanitario crecía descontroladamente, y cada día asustaba más el grave deterioro generalizado de la salud mental en los jóvenes. Fueron penosos destrozos y humillaciones para la salud pública, con una carga cada vez mayor de enfermedad y sufrimiento. No son los hornos crematorios de Hitler, desde luego, pero sí exigen una respuesta en la que los jóvenes deben jugar un papel crucial. Hace falta un movimiento que, de algún modo, aunque sea a distancia, recuerde al de la Rosa Blanca y libere a la juventud de estos *dictadorzuelos*. Es la revolución de los *salmones*.

Hay *salmones* que, con su testimonio, sus palabras, sus escritos, y, sobre todo, con sus vidas, pasarán a la historia y quedarán como testigos imborrables. Tendrán un valor análogo al que tienen ahora los escritos de ese grupo de estudiantes de la Rosa Blanca. Fueron los héroes valientes que no se quisieron someter a la presión ambiental ni rindieron vasallaje al equivocado cliché que se aceptaba socialmente. Prefirieron su dignidad y sus valores.

Las corporaciones que hacen negocio a base de destruir la salud de los jóvenes son muy poderosas, como lo era Hitler. Plantarles cara ahora parecería una batalla como la del pequeño David frente al enorme Goliat. Pero hay historias, como la de Abby Johnson, mencionada en el capítulo 7, que demuestran que un pequeño David puede hacer tambalearse al gran Goliat.

Serena Fleites, una mujer californiana, batalló en solitario y acusó

a la CIPO de facilitar a sabiendas la distribución de material sexual de abuso infantil (en diversos sitios operados por MindGeek), incluyendo un vídeo explícito de ella misma que su novio filmó cuando ella tenía solo trece años. Esta demanda hizo que el juez en el verano de 2022 dictara sentencia para que la empresa tuviese que suspender la aceptación de tarjetas Visa en sus webs pornográficas hasta nuevo aviso. Las tarjetas Visa no podrían utilizarse ni para comprar accesos a pornografía ni para comprar publicidad en ningún sitio afiliado a MindGeek.

Hay que tener en cuenta que no existe pornografía gratuita. Cuando se ve pornografía gratuita, aunque no se pague nada, se están abriendo de par en par las compuertas para que el flujo de dólares le llegue a la CIPO. MindGeek presume de 4600 millones de impresiones publicitarias diarias en sus sitios porno gratuitos. Así ganan más y más con la visualización gratis de porno. Además, como en todas las adicciones, se sabe que primero hay que ofrecer la droga gratis o casi gratis para conseguir crear adictos y engancharlos. Pero ahora la CIPO ha visto sus ganancias seriamente amenazadas por una demanda de una mujer que quiere proteger a menores y a otras mujeres. El ejemplo de Serena Fleites da idea de que se puede lograr mucho al actuar con proactividad, desenvoltura y sin complejos.[5]

Mucha más gente de la que podría parecer a primera vista está a favor de los mensajes contenidos en los capítulos previos. Quizá es muy frecuente que estén de acuerdo, pero permanecen un poco acomplejados y silenciosos. Muchos temen hablar y prefieren callar. La razón de esos silencios y esos complejos puede estar en la imagen rabiosamente crítica que difunden ciertos medios de comunicación. Desde luego no todos. Lo que llega a más oídos son las pantallas y las redes sociales. Las pantallas parecen lo más poderoso. Pero también hay *influencers* que ellos solitos son capaces de tener una audiencia superior a la de los telediarios. Algunos son contraculturales.

Jordan Peterson empezó así, con entrevistas en Youtube, donde le llevó la contraria a las falacias de moda. Le criticaron por eso, pero al final se convirtió en un auténtico protagonista del siglo XXI, con un discurso que ha suscitado millones de seguidores y millones de lectores de sus libros.[6] No hay que dejarse engañar por las imágenes irreales y tendenciosas que pueden llegar por medio de algunas pantallas. Sería una torpeza localista. Equivaldría a perder la visión global. La realidad es mucho más rica y positiva que lo que muestran algunos medios o ciertos mensajes agresivos en Twitter, Instagram, Tik Tok u otras redes.

Un problema particularmente grave es la falta de *formación* de

muchas personas de buena voluntad que no saben bien cómo afrontar los retos de una cultura relativista, nihilista o hedonista. Se encuentran desprovistos de recursos intelectuales y optan por el silencio. Dejan así el campo libre a quienes siembran errores.

Refuerzo de los partidarios

Mejorar la formación de quienes están ya a favor (*preaching to the choir*) es quizás la tarea más urgente. Hay que reforzar al que ya está convencido y es partidario de estas ideas. Esta será la mejor inversión de tiempo y de medios.

Una cosa es estar convencido y otra es saber explicarse bien, ante cualquier auditorio. *Arguments!* Hay que tener argumentos elaborados y sólidos, bien armados, estructurados y pensados. Debe ser uno capaz de responder a cualquier reparo que alguien pueda poner. Más todavía para ser proactivo y tomar la iniciativa. Esto permite abrir nuevos campos para difundir estas ideas. Desde la base. Además, hay que saber emitir siempre el mensaje de modo suficientemente atractivo, con gracejo, con sentido de la oportunidad, fomentando el entretenimiento, que no aburra ni duerma a las lechugas. Que enganche. Que agrade. Que uno se lo pase bien escuchándolo. Y que sea positivo. Es necesario estar al día y disponer de una buena base de datos del conocimiento científico y médico más solvente sobre estos temas.

Un discurso atractivo requiere también contar con buenos ejemplos, símiles y comparaciones. Una buena imagen hace más que mil palabras. No se puede hablar bien de todos estos temas si uno no es capaz de sentirse seguro al exponerlos. Normalmente, quien habla no podrá tener el suficiente aplomo si antes no se ha preparado bien y domina a fondo los argumentos y la base científica de estos asuntos.

Todo esto no se improvisa. Cada uno de estos pasos requiere mucha preparación. Un refrán gallego afirmaba que «Dios nos libre de las personas con buenas intenciones». No bastan las buenas intenciones. Aunque uno se sienta «partidario» de lo que aquí se dice, nadie le va a ahorrar el esfuerzo de estudiar y formarse bien. Es más, quienes están de acuerdo, pero no estudian ni se forman bien, son quienes acabarán metiendo la pata, estropeando los razonamientos y convirtiéndose en parte del problema cuando querían ser parte de la solución. Peligrosísimo. Siempre he tratado de aplicarme personalmente aquello de que hay que poner los medios, todos los medios, sin perdonarse un solo esfuerzo, cuando uno quiere de verdad lograr un fin. Esto es lo que hay que hacerle ver a todo aquel que quiera convertirse en un *salmón*.

Aunque alguien sienta que está de acuerdo con las ideas expuestas en este libro, debe ser consciente de que ha de seguir estudiando y aprendiendo, cada vez más. Prepararse bien. Estar en las mejores condiciones posibles para intervenir con solvencia y movilizar a otros. ¡Hay mucha gente buena en el mundo! ¡Mucha más de la que parece! Son importantes los conocimientos, la preparación y los modos de decir, pero lo más importante es el amor. Hay que tener ante todo y por encima de todo una voluntad sincera de querer ayudar a las personas, de servir a cada persona, en singular. Esto supone quererlos de verdad, como son, con sus defectos —¡todos los tenemos!—, y desvivirse por atender a cada uno. Sin exclusiones ni exclusivismos. No se trata de ninguna manera de buscar el propio interés. No constituye una «estrategia de ingeniería social». Es algo que va más allá, pues supone en el fondo un amor desinteresado a cada persona humana porque se le quiere ayudar a ser feliz de verdad. No se trata de ningún modo de una dinámica para dividir el mundo en «buenos» y «malos». Hay que partir de la bondad genuina, inherente y primigenia de cada persona y tratar de implicar a muchos más, aunque a veces parece que en algunos puntos difieren. Defender las realidades naturales tiene mucha fuerza para arrastrar sinergias y crear puentes.

Enfoque positivo

Ante el panorama que se ha ido describiendo capítulo a capítulo, hay que aplicar soluciones efectivas. A eso va la revolución de los salmones. No es cuestión de discutir, ni mucho menos de adoptar un tono amargo, irascible o crispado. El tono *apocalíptico* que solo habla de catástrofes o de tragedias cósmicas e irreversibles es desafortunado. No tiene sentido pensar que cualquier tiempo pasado fue mejor. Es preferible dar un tono *positivo* y cordial a cualquier mensaje.

Hay que mirar tantos aspectos positivos, que también se dieron. El siglo XXI valoró la transparencia, los buenos sentimientos y la emotividad. Se comprometió con la apertura permanente a alojar otras formas de pensar. Fomentó la conciencia social ante las desigualdades raciales, de sexo, de roles o de nivel social. Empatizó con migrantes y refugiados. Exigió respeto. Especialmente, creció mucho la sensibilidad por la ecología, el cuidado de la naturaleza y la preocupación por la sostenibilidad medioambiental del planeta. Hubo una masiva implicación de jóvenes en tareas de voluntariado, como nunca. Un gran avance fue la mayor conciencia social sobre la dignidad, los derechos y las legítimas reivindicaciones de la mujer, como la conciliación, afrontar la brecha salarial y la paridad jurídica y de oportunidades sociales. Se percibió un mayor deseo de poder

encontrar sentido a la existencia. También se apreció una considerablemente mayor apertura a compartir valores que pudiesen dar sentido a la vida.

También hay que ser optimista al pensar cómo se pueden usar los nuevos recursos tecnológicos, con unas capacidades nunca vistas para difundir el bien, la belleza, la bondad, la libertad y la sana y gozosa grandeza del amor duradero y verdadero. En esto se incluyen las redes sociales. Son especialmente aptas para difundir más entre los jóvenes los mensajes que *la revolución de los salmones* necesita.

Lo positivo atrae más que lo negativo. Es mejor ensalzar las ventajas de una conducta adecuada, de la virtud y del amor, del gozo de una pareja que sabe disfrutar en totalidad comprometida de su amor conyugal, de la alegría que se vive en una familia estable, que hablar solo de los riesgos de una conducta inapropiada. Ya lo afirma el dicho popular: «Se gana más con una dedada de miel que con un barril de hiel».

Buscar el diálogo. Saber escuchar y enterarse a fondo de las opiniones y puntos de vista ajenos. Comprender para ser comprendido. Hacerse cargo y entender bien primero a la otra persona facilitará que ella te comprenda después a ti. Así se pueden siempre encontrar *puntos de encuentro*. Tender puentes. Apoyarse en los puntos *positivos* que toda persona tiene, aunque su pensamiento en algunos temas parezca estar en las antípodas del tuyo.

Motor de motores

Es importante no solo actuar, sino «movilizar» a las personas de tu entorno para que ellos también actúen y movilicen a su vez a otros. No basta con ser una especie de *llanero solitario*. Alguien con ilusión de cambiar el ambiente podría intentar trabajar aislado, solo personalmente. Podría intentar hacer él solo lo que se podría hacer mucho mejor si se involucrasen y metiesen el hombro en la tarea un buen montón de personas. Si se busca a estas personas, se las encuentra.

Cada institución educativa, cada familia, cada colectivo de voluntariado, cada asociación familiar, cada asociación profesional de salud pública, debería movilizarse en su conjunto, sin dejar nunca aislado a quien quiere implicarse en este fin. Solidarizarse. Se debe ir en armonía y sintonía, apoyándose mutuamente para lograr los mismos objetivos. Es una pena que se den casos de *excelentes artistas e influencers*, pero que trabajan en soledad. Aunque sus esfuerzos aislados resultan admirables, es una pena que no sepan crear a su alrededor un núcleo de gente activa. Lo que resulta más operativo y

eficiente es inspirar a más y más personas, coordinarlas y contribuir con el ejemplo y el buen ánimo a que, a su vez, se pongan también en movimiento armónicamente para que trabajen y contribuyan a movilizar y formar a otros. Se crean así cadenas de *movilizadores* que dan una difusión en crecimiento exponencial del mensaje.

Es clave que los directivos de centros educativos y universidades gobiernen adecuadamente sobre estos aspectos y no dejen solos, como versos sueltos, a quienes desean lanzarse a promover esta nueva revolución gozosa. La eficiencia es máxima solo cuando se logra que esto interese a toda o a la *mayoría* de la comunidad docente, como un organismo bien armonizado y donde se impliquen muy especialmente quienes pueden ser, por sus cargos o su capacidad de influir, los «directores de orquesta». Entonces es cuando la sinfonía suena bien y son muchos quienes descubren la maravilla y el goce de una sexualidad comprometida, que afecta a la persona entera.

Quienes trabajan en la docencia, ya sea en enseñanza media o universitaria, pueden movilizar a sus alumnos. Nada más estimulante en una clase que saltarse los tabús. Hay que coger el toro por los cuernos. Documentarse bien. Desplegar un sólido argumentario. Basarse en los datos mejor avalados científicamente. Y hablar sin pelos en la lengua. Desenmascarar los muchos y suculentos negocios que se mueven en torno al sexo e intoxicaron la opinión pública. No obviar el daño grave que se hace a la salud pública cuando el sexo se trivializa y se pierde de vista su horizonte realmente humano y personalista. Las consecuencias están a la vista. Pero siempre se debe presentar a la vez la espléndida maravilla de disfrutar de una sexualidad sana y auténticamente amorosa y humana. En estos aspectos es donde los padres deben ser los primeros en adelantarse. Cuanto antes, mejor. Y no deben confiarse nunca en que ya en el cole educarán bien a sus hijos en estos temas. Los padres son insustituibles y deben llevar el peso *principal* de esta tarea. La batuta es suya. Cada madre y cada padre debería ser difusor de estas ideas entre todas sus amistades, especialmente entre aquellas que tienen hijos en edad escolar.

Los profesores, por su parte, pueden también aportar mucho. La clave de dar una clase bien dada, con garra, es que el profesor sepa confrontar los paradigmas que los alumnos traen en sus mentes.[7] Y actualmente hay muchos paradigmas que están instalados en lo irreal, lo inauténtico. Para eso están los profesores, para hacer *pensar* a la gente, no para leer un *power point*. Poner a la gente a pensar hace más motivante y atractiva la docencia. También hará que haya siempre algunos alumnos que despierten, se sientan inspirados por esas personas que se implican con todas sus fuerzas y su entusiasmo en la

docencia y acaben por convertirse ellos también en motores y en *motores de motores*.

Por otra parte, modelos, artistas de cine, deportistas de élite, periodistas, cantantes… pueden convertirse en grandes movilizadores. Muchas personas tendrán una mentalidad mucho más porosa para todas estas ideas de lo que pudiera pensarse. Se incluirían, por ejemplo, quienes trabajan en el campo de la prevención de embarazos no previstos o de enfermedades de transmisión sexual y que han organizado o apoyado campañas centradas en el reparto de preservativos. Quizás no hayan hecho lo que hubiese sido ideal, pero metieron el hombro con esfuerzo y buenos fines y están llenas de *buena intención*. Consta que es así. Lo que les pasa es que, aunque saben que lo ideal sería que los jóvenes adoptasen estilos de vida adecuados y sanos, piensan que eso *no es realista*. Que sería una batalla perdida de antemano. Curiosamente, hay muchos pilares en los que apoyarse para tender puentes de entendimiento con ellos. Esas mismas personas no tienen este planteamiento cuando se trata de combatir otros factores de riesgo para la salud, como es el tabaco, la dieta basura, el sedentarismo, las borracheras, o los excesos de velocidad en carretera. Cambiar todo eso tampoco se antoja fácil… Lo más eficaz para que estas personas con capacidad de decisión cambien de actitud es que vean *hechos* que demuestran que hay un gran *contingente silencioso* de jóvenes que sí quiere comportarse del modo correcto. ¿Cuántos? No es algo que se mida *al peso*. Con unos cuantos bien convencidos y decididos basta para iniciar una revolución desde la base.

El detonante está en que esos jóvenes dejen de ser silenciosos y se expresen con libertad. Sin miedos. A veces, el silencio es la peor mentira. No basta con comportarse *personalmente* bien, hay que tener además buenas *estrategias de comunicación* para movilizar a toda la sociedad. Pienso que esta está siendo ya la gran revolución del siglo XXI. La gozosa revolución de los *salmones*.

Agradecimientos

Manifiesto mi más sincero agradecimiento a las siguientes personas que tuvieron la generosidad de leer diversas versiones de este libro y me hicieron interesantes sugerencias: Luis Gutiérrez Rojas, Javier Pérez de Rojas, Carmen Lacarra Martín, Itz Oíz Urriza, Silvia Carlos Chillerón, Pablo González Gullón, Juan Añón, Sonia Esteban, Víctor J. Martínez, Carolina Donat-Vargas, Nerea Martín-Calvo, Pedro de la Rosa, Miguel Ruiz-Canela, Rosalía Baena, Fernando Sarráis, Andrea Romanos Nanclares, Miguel Delgado-Rodríguez, María Barbería Latasa, Pablo Pérez López y Miguel Á. Álvarez de Mon.

Notas

1. Resnick, B., *Have smartphones really destroyed a generation? We don't know,* 2019, http://medpreventiva.es/yWJa5C.

2. https://medpreventiva.es/w1ZNp4.

3. http://medpreventiva.es/ke8iRV.

4. Lipson, S., Zhou, S., Abelson, S., *et al.*, «Trends in college student mental health and help-seeking by race/ethnicity: Findings from the national healthy minds study, 2013-2021». *J Affect Disord*. 2022; 306:138-47.

5. Fuente: OCDE, ver http://medpreventiva.es/Rm8JgN.

6. Se atribuye a Andersen esa fábula, pero realmente está basada en una historia recopilada por el infante don Juan Manuel en *El conde Lucanor*.

7. Errasti, F., «El furor de unos pocos», *Diario de Navarra*, 31/05/2021.

8. Unprotected: *A campus psychiatrist reveals how political correctness in her profession endangers every Student*, by anonymous, M.D.

1. Mischel, W., *The marshmallow tests. Mastering self-control*, Little, Brown Spark, 2014.

2. Peterson, J., *12 Rules for life. An antidote to chaos*, Random House, 2018. Traducción propia.

3. Twenge, J., *iGen: Why today's super-connected kids are growing up less rebellious, more tolerant, less happy —and completely unprepared for adulthood— and what that means for the rest of us*, Atria, 2018.

4. Ende, M., *La historia interminable*, Madrid: Alfaguara, 1983. Puede verse más información también en www.michaelende.de/en/book/the-neverending-story (consultado el 28/08/2021).

5. Martínez-González, M., López del Burgo, C., Delgado-Rodríguez, M., *Conceptos de salud pública.* En Martínez-González, M. (editor), *Conceptos de salud pública y estrategias preventivas*, 3.ª ed., Elsevier, 2023.
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31809344.

Institute of Medicine. *The future of the Public's Health in the 21st century*, The National Academies Press, 2003.

6. Stuckler, D., Siegler, K., *Sick societies. Responding to the global challenge of chronic disease*, Oxford University Press, 2011.

7. Munilla, J., Ruiz, B., *Sexo con alma y cuerpo*, 3.ª ed., Freshbook, 2015.

8. Sánchez-Tainta, A., Sanjulián, B., Martínez-González, M., *Date el gusto de comer sano*, Eunsa, 2015

9. Martínez-González, M., Guisasola, M., *¿Qué comes?* Planeta, 2020.

10. Martínez-González, M., Martín-Calvo, N., «Ultraprocessed foods and public health: A need for education», *Mayo Clin Proc,* 2019;94:2156-7.

Rico-Campà, A., Martínez-González, M., Álvarez-Álvarez, I., *et al.*, «Association between consumption of ultra-processed foods and all-cause mortality: SUN prospective cohort study», *BMJ*, 2019;365:l1949.

Ver también:
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34206854;
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33933748;
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33610419;
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32330232;
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31585770;
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31882021;
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27927627;
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27733404;
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35896436;
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35679994.

11. Martínez-González, M., «Are some diets "mass murder"?», *BMJ,* 2015; 350:h610.

12. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26241593.

13. Sanz-Barbero, B., Saurina, C., Serra, L, *et al.*, «Prevalence and associated factors with sexual violence victimisation youth before, during and after the covid-19 lockdown: a cross-sectional study in Spain», *BMJ Open*, 2021; 11:e055227.

14. Kuby, G., *La revolución sexual global. La destrucción de la libertad en nombre de la libertad*, Didaskalos, 2017.

15. Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. *The Ottawa Charter for Health Promotion*, Ottawa, 1986.

16. Rose, G., *The strategy of preventive medicine (Rose's strategy of preventive medicine)*, Oxford University Press, 2008.

17. Stuckler, D,., Siegel, K., *Sick societies: responding to the global challenge of chronic disease*, Oxford University Press, 2011.

18. Ryff, C., «Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia», *Psychother Psychosom*, 2014; 83:10-28.

Ryff, C., Singer, B., «Know thyself and become what you are: a eudaimonic approach to psychological well-being», *J Hap Stud*, 2008; 9:13-39.

Boylan, J., Ryff, C., «Psychological well-being and metabolic syndrome: findings from the midlife in the United States national sample», *Psychosom Med*, 2015; 77:548-58.

Ryff, C., «Self-realization and meaning making in the face of adversity: A eudaimonic approach to human resilience», *J Psychol Afr*, 2014; 24:1-12.

Kim, E., Strecher, V., Ryff, C., «Purpose in life and use of preventive health care services», *Proc Natl Acad Sci U S A,* 2014; 111:16331-6.

19. Chen, Y., Haines,.J, Charlton, B., VanderWeele, T., «Positive parenting improves multiple aspects of health and well-being in young adulthood», *Nat Hum Behav,* 2019; 3:684-91.

Kim, E., Chen, Y., Nakamura, J., Ryff, C., VanderWeele, T., «Sense of purpose in life and subsequent physical, behavioral, and psychosocial health: An outcome-wide approach», *Am J Health Promot*, 2022; 36:137-47.

Kubzansky, L., Huffman, J., Boehm, J., *et al.* «Positive psychological well-being and cardiovascular health promotion», *J Am Coll Cardiol,* 2018; 72:1382-96.

20. Ryff, C., «Psychological well-being revisited: advances in the science and practice of eudaimonia», *Psychother Psychosom*, 2014; 83:10-28.

21. Parece contradecir esto Manglano cuando afirma: «El amor existe, sí. Pero existe solo en aquellos que son capaces de introducirse en una experiencia *no racional*. El amor se ahoga si se le encapsula en la razón. El amor corresponde a la persona entera: no es solo razón, ni solo entendimiento, ni solo voluntad… Aunque pueda molestar a nuestra sensibilidad cultural, el amor tiene su propia razón: "son cosas del amor", solemos decir». (Manglano, J., *El amor y otras idioteces*, Barcelona: Planeta, 2007, p. 13). Pero creo que en eso estamos de acuerdo. Una cosa es el proceso de enamorarse y otra muy distinta es razonar sobre el amor y la sexualidad. Se puede *perder la cabeza* al enamorarse locamente de alguien. Pero ese arrebato no impide que, luego, en frío y en abstracto, uno pueda ejercitar su razón y poner un poco de orden «racional» en los principios que deben guiar el comportamiento. Le va en ello su capacidad de ser una persona o de acabar convirtiéndose en un animal. Lo más valioso es el ejercicio de libertad donde uno *quiere querer*. El afecto surge entonces del nivel superior que es racional y de ahí pasa a una voluntad efectiva de querer. Esto es lo más sólido y duradero.

22. https://www.hsph.harvard.edu/tyler-vanderweele/.

23. Lash, T., Vanderweele, T., Haneuse, S., Rothman, K., *Modern epidemiology*, 4.ª ed., Lippincott, Williams & Wilkins, 2021.

24. Terris, M., *La revolución epidemiológica y la medicina social*, Siglo XXI, 1980.

25. Stokes, J., Noren, J., Shindell, S., «Definition of terms and concepts applicable to clinical preventive medicine», *J Commun Health*, 1982; 8:33-41.

26. O'Donnell, M., «Definition of health promotion 2.0: embracing passion, enhancing motivation, recognizing dynamic balance, and creating opportunities», *Am J Health Promot*, 2009; 24:iv.

27. VanderWeele, T., McNeely, E., Koh, H., «Reimagining healthFlourishing», *JAMA*, 2019; 321: 1667-8.

28. VanderWeele, T., Chen, Y., Long, K., *et al.,* «Positive epidemiology?», *Epidemiology*, 2020; 31:189-93.

29. https://www.imdb.com/title/tt0060665/ (consultado el 10/08/2022).

30. Google, Amazon, Facebook & Apple = GAFA.

1. Perkins, H., Haines, M., Rice, R., «Misperceiving the college drinking norm and related problems: a nationwide study of exposure to prevention information, perceived norms and student alcohol misuse», *J Stud Alcohol*, 2005; 66:470-8.

2. https://www.youtube.com/watch?v = EPSHcYbBAf8.

3. Rose, G., *La estrategia de la medicina preventiva*, Masson-Salvat, 1994.

4. Rose, G., *Obra citada*.

5. Carlos, S., De Irala, J., Hanley, M., Martínez-González, M., «The use of expensive technologies instead of simple, sound and effective lifestyle interventions: a perpetual delusion», *J Epidemiol Community Health,* 2014; 68:897-904.

6. Anó nimo, «The catastrophic failures of public health», *Lancet*, 2004; 363:745.

7. Martínez-González, M., De Irala, J., «Medicina preventiva y fracaso clamoroso de la salud pública: llegamos mal porque llegamos tarde», *Med Clin (Barc)*, 2005;

124:656-60.

8. Anónimo. «Type 2 diabetes-time to change our approach», *Lancet,* 2010; 375:2193.

9. «Editorial. Redes y salud mental», *El País*, 19/09/2021.

10. Luxton, D., June, J., Fairall, J., «Social media and suicide: a public health perspective», *Am J Public Health*, 2012; 102 (Suppl 2): S195-200.

Biernesser, C., Sewall, C., Brent, D., *et al.*, «Social media use and deliberate self-harm among youth: A systematized narrative review», *Child Youth Serv Rev*, 2020; 116:105054.

Srivastava, A., Rusow, J., Schrager, S., *et al.*, «Digital sexual violence and suicide risk in a national sample of sexual minority adolescents», *J Interpers Violence*,. 2022; 9:8862605221116317.

Chang, Y., Lin, C., Liao, S., *et al.*, «Societal factors and psychological distress indicators associated with the recent rise in youth suicide in Taiwan: A time trend analysis», *Aust N Z J Psychiatry*, 2022; 14:4867 4221108640.

Rodway, C., Tham, S., Richards, N., *et al.*, «Online harms? Suicide-related online experience: a UK-wide case series study of young people who die by suicide», *Psychol Med*, 2022; 19:1-12.

Yang, B., Chen, P., Li, X., *et al.*, «Characteristics of high suicide risk messages from users of a social network-sina weibo "Tree Hole"», *Front Psychiatry*, 2022; 13:789504.

Arendt, F., Markiewitz, A., Scherr, S., «Investigating suicide-related subliminal messages on instagram», *Crisis*, 2021; 42:263-9.

11. Reportaje del *Wall Street Journal* de septiembre 2021: http://medpreventiva.es/52MdBh, http://medpreventiva.es/bkrj97.

12. https://www.wsj.com/articles/the-facebook-files-11631713039 (accedido por última vez el 10/08/2022, solo accesibles para suscriptores).

13. https://time.com/6097704/facebook-instagram-wall-street-journal/ (accedido por última vez el 10/08/2022).

14. Davey, S., Davey, A., Raghav, S., *et al.*, «Predictors and consequences of "Phubbing" among adolescents and youth in India: An impact evaluation study», *J Family Community Med*, 2018; 25:35-42.

Han, J., Park, S., Kim, Y., «Phubbing as a millennials' new addiction and relating factors among nursing students», *Psychiatry Investig*, 2022; 19:135-45.

Garrido, E., Issa, T., Gutiérrez Esteban, P., Delgado, S., «A descriptive literature review of phubbing behaviors», *Heliyon*, 2021;7: e07037.

Blanca, M., Bendayan, R., «Spanish version of the Phubbing Scale: Internet addiction, Facebook intrusion, and fear of missing out as correlates», *Psicothema*, 2018; 30:449-454.

15. Han, B., «No-cosas: Quiebras del mundo de hoy», Taurus, 2021.

16. «El depredador está en el móvil. Editorial», *ABC*, 23/05/2022.

17. http://medpreventiva.es/VLphQ6.

18. Ver, entre otros: https://www.qustodio.com/es/; http://www.fightthenewdrug.org/; http://www.daleunavuelta.org; https://www.protectyoungminds.org/; http://www.covenanteyes.com; http://www.brainbuddyapp.com/; http://yourbrainonporn.com; http://addictedtointernetporn.com/; http://www.rebootnation.org/; https://www.nofap.com/.

19. Xie, X., Xie, J., «Parental phubbing accelerates depression in late childhood and adolescence: A two-path model», *J Adolesc*, 2020; 78:43-52.

20. Shrier, A., *Irreversible damage*, Regnery Publishing, 2020.

21. Twenge, J., «iGen: Why today's super-connected kids are growing up less rebellious, more tolerant, less happy-and completely unprepared for adulthood-and what that means for the rest of us», *Atria*, 2018.

22. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29877640/.

23. Citado en varias fuentes, entre ellas, Shrier, A., *Irreversible damage,* Regnery Publishing, 2020.

24. https://mercatornet.com/author/leonard-sax/ (consultado el 10/ 08/2022). https://mercatornet.com/is-tiktok-dangerous-for-teens/78232/ (consultado el 10/08/2022).

25. Martínez-González, M., Gual, P., Lahortiga, F., *et al.*, «Parental factors, mass media influences, and the onset of eating disorders in a prospective population-based cohort», *Pediatrics*, 2003; 111:315-20.

26. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32581880; https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26995158; https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18524749; https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28955140; https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31743492; https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35334936.

27. https://mercatornet.com/is-tiktok-dangerous-for-teens/78232/.

28. Puede encontrarse información al respecto en Wise, R., «Brain reward circuitry insights from unsensed incentives», *Neuron*, 2002; 36:229-40.

29. WHO Regional Office for Europe. «Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019», *WHO Regional Office for Europe*, 2019.

30. Schuckit, M., *Alcohol and alcohol use disorders*. En: Jameson, J., Fauci, A., Kasper, D., *et al*., «Harrison's principles of internal medicine», 20.ª ed., *McGraw-Hill Education*, 2018.

31. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32469287/.

32. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27928972/.

33. En concreto, el etanol aumenta la actividad del ácido γ-aminobutírico (GABA), ya que produce una liberación de GABA. Este neurotransmisor está involucrado en la inhibición de muchas vías cerebrales relacionadas con la ansiedad, la depresión, el estrés y el miedo.

34. Los estados de abstinencia de alcohol se caracterizan por una disminución de los receptores GABA, lo que explica parte de los síntomas que se producen durante el síndrome de abstinencia. También es importante la capacidad del consumo agudo tipo botellón (muchas copas en poco tiempo) para inhibir los receptores postsinápticos de N-metil-d-aspartato (NMDA), que son activados por otro neurotransmisor, el glutamato.

35. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35246521/.

36. Sobre todo, en el tegmento ventral y las regiones cerebrales relacionadas.

37. Los cambios en las vías de la dopamina también se relacionan con hormonas del estrés (cortisol y hormona adrenocorticotrópica o ACTH) durante la intoxicación y en el contexto de la situación de estrés que se produce durante la abstinencia. Es probable que estas alteraciones contribuyan a la depresión que puede darse durante el descenso de las concentraciones de alcohol en sangre. También están estrechamente relacionadas con las alteraciones de la dopamina (especialmente en el núcleo accumbens) y con los cambios inducidos por el alcohol en los receptores opiáceos, ya que el alcohol consumido de forma aguda provoca la liberación de beta-endorfinas. Otros cambios neuroquímicos son el aumento de los niveles sinápticos de serotonina.

38. GBD 2020 Alcohol Collaborators. «Population-level risks of alcohol consumption by amount, geography, age, sex, and year: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2020», *Lancet*, 2022; 400:185-235.

39. Martínez-González, M., Barbería-Latasa, M., Pérez de Rojas, J., *et al*., «Alcohol and early mortality (before 65 years) in the 'Seguimiento Universidad de Navarra' (SUN) cohort: does any level reduce mortality?», *Br J Nutr,* 2022; 127:145-25.

40. Barbería-Latasa, M., Gea, A., Martínez-González, M., «Alcohol, Drinking Pattern, and Chronic Disease», *Nutrients*, 2022; 14:1954.

Gea, A., Bes-Rastrollo, M., Toledo, E., *et al*., «Mediterranean alcohol-drinking pattern and mortality in The SUN (Seguimiento Universidad de Navarra) Project: a prospective cohort study», *Br J Nutr*, 2014; 111:1871-80.

Hernández-Hernández, A., Gea, A., Ruiz-Canela, M., *et al*., «Mediterranean alcohol-drinking pattern and the incidence of cardiovascular disease and cardiovascular mortality: The SUN Project», *Nutrients*, 2015; 7:9116-26.

Boban, M., Stockley, C., Teissedre, P., *et al*., «Drinking pattern of wine and effects on human health: why should we drink moderately and with meals?», *Food Funct*, 2016; 7:2937-42.

Bell, S., Daskalopoulou, M., Rapsomaniki, E., *et al*., «Association between clinically recorded alcohol consumption and initial presentation of 12 cardiovascular diseases: population-based cohort study using linked health records», *BMJ*, 2017;3 56: j909.

Ronksley, P., Brien, S., Turner, B., *et al*., «Association of alcohol consumption with selected cardiovascular disease outcomes: a systematic review and meta-analysis», *BMJ*, 2011;3 42: d671.

Arriola, L., Martinez-Camblor, P., Larrañaga, N., *et al*., «Alcohol intake and the risk of coronary heart disease in the Spanish EPIC cohort study», *Heart*, 2010; 96:124-30.

Ma, H. Li, X. Zhou, T., *et al*., «Alcohol consumption levels as compared with drinking habits in predicting all-cause mortality and cause-specific mortality in current drinkers», *Mayo Clin Proc*, 2021; 96:1758-69.

Jani, B., McQueenie, R., Nicholl, B., *et al*., «Association between patterns of alcohol consumption (beverage type, frequency and consumption with food) and risk of adverse health outcomes: a prospective cohort study». *BMC Med*, 2021; 19:8.

41. Schuckit, M., *Alcohol and alcohol use disorders*. En: Loscalzo, J., Fauci, A., Kasper, D., *et al*., *Harrison's principles of internal medicine*, 21.ª ed., McGraw Hill, 2022, cap. 453.

42. www.joveneshoy.org/.

1. No parece que fuese Gandhi el primero en lanzar esta frase. Nicholas Klein, activista sindical, dijo algo parecido en un discurso de 1918: «Primero te ignoran. Luego te ridiculizan. Y luego te atacan y quieren quemarte. Y luego te construyen monumentos».

2. Smith, E., «Prevention of cardiovascular risk factors: moving upstream», *CJC*, 2010; 26 Suppl C (Suppl C): 7C

3. Susser, M., Susser, E,. «Choosing a Future for Epidemiology. 1996», *Am J Public Health*, 2015; 105:1313-5.

4. Kubi, G., *La revolución sexual global*, Didaskalos, 2017.

5. Lendoiro, G., «El movimiento "woke" es la culminación de la trayectoria de los revolucionarios del 68», *El Confidencial*, 3/04/2022.

6. Ver https://en.wikipedia.org/wiki/Jason_Evert.

7. Lapierre, D., *Más grandes que el amor*, Seix-Barral, 2001.

8. Leung, C., Huang, H., Abe, S., *et al*., «Association of Marital Status with Total and Cause-Specific Mortality in Asia», *JAMA Netw Open,* 2022; 5: e221418.
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32875051;
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21526396;
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17484786;
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33232071;
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7369318/.

9. Según Eurostat, los divorcios respecto a cada 100 matrimonios en España desde 2008 han supuesto:
2008: 57 %; 2009: 57 %; 2010: 62 %; 2011: 65 %;
2012: 64 %; 2013: 62 %; 2014: 63 %; 2015: 58 %;
2016: 56 %; 2017: 57 %; 2018: 58 %. 2019: 56 %.

10. Si se hacen unos mínimos cálculos para obtener los riesgos absolutos de que ocurran diversos tristes percances en España, que preocupan a la población, se concluirá, por ejemplo, lo siguiente: ahora se han reducido mucho las muertes en carretera, pero cuando tuvimos las peores cifras de la historia, el riesgo anual de morir en accidente de tráfico no llegaba ni al 0,1 % de la población, era solo del 0,013 % (6000 muertes entre 46 millones). Si se consideran todas las víctimas, mortales o no, de la carretera, el riesgo es del 0,16 %. El riesgo de morir por el virus chino de la covid-19 en el año con más muertes fue del 0,30 %, no llegó ni al 1 %, y eso que hubo motivos de sobra para denunciar la mala gestión de la pandemia en España y representó una tragedia tremenda. Pues estas tragedias, estos riesgos y muchos otros no son nada en comparación con el altísimo riesgo que tiene un matrimonio de fracasar. No es que sea del 0,16 % (como los riesgos de la carretera), ni del 0,30 % (como el de morir por covid-19), ni del 10-15 % como el de infectarse de covid-19 en los peores momentos de la pandemia, sino que es de 60 por cada 100.

11. Gray, J., *Los hombres son de Marte, las mujeres de Venus: La guía definitiva para entender a tu pareja*, Debolsillo, 2010.

12. He oído repetidamente de mi buen amigo el psiquiatra Enrique Rojas esta frase, como resumen de sus experiencias al hacer terapias con matrimonios al borde de la ruptura.

13. https://www.youtube.com/watch?v=0-AaGxB_xxk (consultado por última vez el 11/08/2022).

14. https://www.bbc.com/mundo/deportes-58359997 (consultado el 18/08/2022).

15. http://medpreventiva.es/36VziM.

16. Ver, por ejemplo, http://chastityproject.com/, http://chastity.com/. Para mayor información, se pueden ver varios vídeos interesantes (y entretenidos, con buenos golpes de humor) en las siguientes direcciones (consultadas el 29/08/2021):
https://www.dailymotion.com/video/xdngm2;
https://www.dailymotion.com/video/xdngnl;
https://www.dailymotion.com/video/xdngog.

17. http://dailysignal.com/2015/07/27/teen_sexual_activity_trends/ (consultado el 18/09/2021).

1. Narayan, K., Patel, S., Cunningham, S., Curran, J., «Ominous reversal of health gains in the United States: time to rethink research priorities?», *Ann Intern Med*, 2019; 170:330-1.

2. Ward, Z., Bleich, S., Cradock, A., *et al.*, «Projected U. S. State-level prevalence of adult obesity and severe obesity», *N Engl J Med*, 2019; 381:2440-50.

3. González-Muniesa, P., Martínez-González, M., Hu, FB., *et al.*, «Obesity», *Nat Rev Dis Primers*, 2017; 3:17034.

4. Martínez-González, M., Guisasola, M., *¿Qué comes? Ciencia y conciencia para resistir*, Planeta, 2020.

Hu, F., *Obesity epidemiology*, Oxford University Press, 2008.

Shelley, J., «Addressing the policy cacophony does not require more evidence: an argument for reframing obesity as caloric overconsumption», *BMC Public Health*, 2012; 12:1042.

Lee, P., Dixon, J., «Food for thought: Reward mechanisms and hedonic overeating in obesity», *Curr Obes Rep*, 2017; 6:353-61.

Cameron, J., Chaput, J., Sjödin, A., Goldfield, G., «Brain on fire: Incentive

salience, hedonic hot spots, dopamine, obesity, and other hunger games», *Annu Rev Nutr*, 2017; 37:183-205.

Borer, K., «Understanding human physiological limitations and societal pressures in favor of overeating helps to avoid obesity», *Nutrients*, 2019; 11:227.

Ludwig, D., Aronne, L., Astrup, A., *et al.*, «The carbohydrate-insulin model: a physiological perspective on the obesity pandemic», *Am J Clin Nutr,* 2021; 114:1873-85.

5. Han, B., *La agonía del Eros*, Herder, 2014.

6. https://mercatornet.com/online-pornography-is-the-worlds-biggestdepartment-of-education/71157/.

7. Sniewski, L., Farvid, P., Carter, P., «The assessment and treatment of adult heterosexual men with self-perceived problematic pornography use: A review», *Addict Behav*, 2018; 77:217-224.

8. Dickenson, J., Gleason, N., Coleman, E., Miner, M., «Prevalence of distress associated with difficulty controlling sexual urges, feelings, and behaviors in the United States», *JAMA Network Open*, 2018; 1: e184468.

9. Reingold, R., Gostin, L., «Sexual assaults among university students. prevention, support, and justice», *JAMA*, 2015; 314:447-8.

10. Ego is «a conscious separation from». From what? Everything. (…) an unhealthy belief in our own importance. Arrogance. Self-centered ambition. It's that petulant child inside every person. (Holyday, R., *Ego is the enemy: the fight to master our greatest opponent*, Profile Books, 2016).

11. Esparza, J., *Diario de Navarra*, 4/5/2008.

12. López, E., «¿Dónde está la música?», *El Diestro*, agosto de 2022, https://medpreventiva.es/7ENrbW (consultado el 15/08/2022).

13. Ego is «a conscious separation from». From what? Everything. (…) an unhealthy belief in our own importance. Arrogance. Self-centered ambition. It's that petulant child inside every person. (Holyday, R., *Ego is the enemy: the fight to master our greatest opponent*, Profile Books, 2016).

14. Fernández-Montero, A., Olmo-Jiménez, J., Olmo, N., *et al.*, «The impact of computer use in myopia progression: a cohort study in Spain», *Prev Med*, 2015; 71:67-71.

15. Fioravanti, G., Déttore, D., Casale, S., «Adolescent internet addiction: testing the

association between self-esteem, the perception of internet attributes, and preference for online social interactions», *Cyberpsychol Behav Soc Netw*, 2012; 15:318-23.

16. http://medpreventiva.es/dqh4eE.

17. https://enough.org/stats_porn_industry (consultado el 15/08/2022).

18. En inglés se usa un término muy simple *texting* para expresar el acto de mandar mensajes por el teléfono móvil, ya sean con WhatsApp, Telegram o SMS. El *sexting* es una palabra que procede de unir *sex* y *texting*. Consiste en mandar mensajes de contenido erótico personal usando el teléfono móvil, redes sociales, emails u otros dispositivos. También puede usarse cuando incluyen fotos o vídeos.
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29482215/.
Smahel, D., Machackova, H., Mascheroni, G., *et al.*, «EU Kids Online 2020: Survey results from 19 countries», *EU Kids Online*.

19. Bilton, N., «Parenting in the age of online pornography», *NY Times*, 07/01/2015.

20. Han, B., *La agonía del Eros,* Herder, 2014.

21. Stonnes, J., Hughes, D., *Los costes sociales de la pornografía*, Rialp, 2014.

22. Chiclana, C., *Atrapados en el sexo*, Almuzara, 2013.

23. https://fightthenewdrug.org/how-porn-can-change-the-brain
https://www.yourbrainonporn.com/about/yourbrain-on-porn-book2nd-edition.

24. https://www.jneurosci.org/content/33/8/3434;
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26393658;
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24693354;
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28409565;
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31257916.
Kubi, G., *La revolución sexual global*, Didaskalos, 2017.
https://www.nicswell.co.uk/health-news/watching-porn-associatedwith-male-brain-shrinkage.

25. Carnes, P., Adams, K., *Clinical Management of Sex Addiction*, 2.ª ed., Routledge, 2020.

26. Estas alteraciones están principalmente mediadas a través del eje hipotálamo-hipófisario-suprarrenal y son también resultado de cambios epigenéticos en mediadores inflamatorios clásicos, que se asociaban a las adicciones, y también en el factor hipotalámico liberador de corticotropina (CRF). https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28319850 (consultado el 22/08/2021).

27. En los cambios epigenéticos que produce la pornografía están involucrados genes dopaminérgicos, y posiblemente otros genes relacionados con neurotransmisores candidatos, como es el caso de algunas hipermetilaciones que se producen en los genes relacionados con la hormona oxitocina, que también actúa como neurotransmisor

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31542994 (consultado el 22/08/2021).

28. Gola, M., Wordecha, M., Sescousse, G., *et al.*, «Can pornography be addictive? An fMRI study of men seeking treatment for problematic pornography use», *Neuropsychopharmacology*, 2017; 42:2021-31.

De Nardi, L., Carpentieri, V., Pascale, E., *et al.*, «Involvement of DAT1 Gene on internet addiction: Cross-correlations of methylation levels in 5"-UTR and 3"-UTR genotypes, interact with impulsivity and attachment-driven quality of relationships», *Int J Environ Res Public Health*, 2020; 17:7956.

Carpentieri, V., Cerniglia, L., Cimino, S., *et al.*, «Epigenetic regulation of DAT gene promoter modulates the risk of externalizing and internalizing behaviors on a normative population: An explorative study», *Behav Brain Res*, 2021; 406:113246.

29. Se han constatado elevaciones del factor de necrosis tumoral alfa (TNF-alfa), pero no de la proteína C reactiva, en los adictos al sexo. Se ha demostrado una fuerte correlación entre los niveles de TNF-alfa y altas puntuaciones en escalas de comportamientos sexuales compulsivos.

https://www.mdpi.com/2077-0383/8/1/91 (consultado el 20/08/2021).

30. https://medpreventiva.es/9nsqm7.

31. Ver

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21459101;
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27397863;
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32561865:
https://www.mdpi.com/2077-0383/8/1/91;
http://medpreventiva.es/iWtgGq (consultados el 22/08/2021).

32. Save the children España, «Informe (des)información sexual: pornografía y adolescencia», 2020. Disponible a texto completo en https://www.savethechildren.es/informe-desinformacion-sexualpornografia-y-adolescencia.

Otras fuentes:

American Academy of Pediatrics. «Help kids with cell phones get the message: Say no sexting», *AAP News* 2009. Disponible en: http://medpreventiva.es/8mM5ko.

Kay, G., «TikTok served hundreds of explicit videos on drug addiction and sex fetishes to accounts registered to users as young as 13 years old, report says», *Wall Street Journal*, 08/09/2021. Disponible en http://medpreventiva.es/5o84wf.

ElHage, A.. «Keeping kids off porn», *Mercatornet*, 18/10/2021. https://mercatornet.com/keeping-kids-off-porn/75111/.

33. Vandenbosch, L., van Oosten, J., «Explaining the Relationship Between Sexually

Explicit Internet Material and Casual Sex: A Two-Step Mediation Model», *Arch Sex Behav*, 2018; 47:1465-80.

34. Sánchez, E., «La influencia del consumo de la pornografía en la conducta sexual de la juventud: una revisión sistemática (TFG)», Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad de Cádiz, 2020.

35. https://www.savethechildren.es/informe-desinformacion-sexualpornografia-y-adolescencia.

36. Martínez-González, M., Martínez-González, J., *La sanidad en llamas. Un internista y un epidemiólogo ante la pandemia*, Planeta, 2021.

Mercado, F., *Una pandemia de errores: Cómo y por qué la mala gestión del Gobierno convirtió a España en campeona mundial del coronavirus,* Deusto, 2020.

García-Basteiro, A., Álvarez-Dardet, C., Arenas, A., *et al.*, «The need for an independent evaluation of the covid-19 response in Spain», *Lancet,* 2020; 396:529-30.

37. https://fightthenewdrug.org/ (consultado el 15/08/2022); http://medpreventiva.es/6eahFn.

38. https://fightthenewdrug.org/why-we-are-not-trying-to-ban-porn/.

39. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28595992/.

40. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29079588/.

41. Hay multitud de datos al respecto. Por dar una fuente que se publicó cuando escribí estas páginas, cito a Gómez, A., «Ciberporno. MindGeek la oscura firma canadiense que domina los canales de sexo en la web», *ABC*, 03/08/2021.

42. Rockett, D., «Kids are seeing porn sooner than adults think», *Chicago Tribune*, 08/04/2018.

43. Khazan, O., *The startling rise of choking during sex, The Atlantic*, 24/06/2019.

44. Kubi, G., *La revolución sexual global. La destrucción de la libertad en nombre de la libertad,* Didaskalos, 2017.

45. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33280603; https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27105446.

46. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26951609/.

47. Kubi, G., *La revolución sexual global. La destrucción de la libertad en nombre de la libertad,* Didaskalos, 2017.

48. Huntington, C., Pearlman, D., Orchowski, L., «The confluence model of sexual aggression: an application with adolescent males», *J Interpers Violence*, 2022; 37:623-43.

49. https://mercatornet.com/lets-get-serious-about-cancelling-a-cultureof-sexual-assault/70570/.

50. European Union Agency for Fundamental Rights (FRA). European «Union Agency for Fundamental Rights: Violence against women survey, 2012: Special licence access», *UK Data Service*, www.daleunavuelta.org (consultado el 21/08/21). Los datos fueron obtenidos de, al menos, 1500 mujeres de entre 18 y 74 años de cada país, a excepción de Luxemburgo, donde fueron entrevistadas 908.

51. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35932571;
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35881083;
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35666518;
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35197009;
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34496002.

52. Twenge, J., Campbell, W., «Associations between screen time and lower psychological well-being among children and adolescents: Evidence from a population-based study», *Prev Med Rep*, 2018; 12:271-83. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30406005/.

Shawcroft, J., Gale, M., Coyne, S., *et al.*, «Teens, screens and quarantine; the relationship between adolescent media use and mental health prior to and during covid-19»,. *Heliyon*, 2022; 8:e09898. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35815154/;
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35841501/;
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28186926/.

53. Reist, M., «Online pornography is 'the world's biggest department of education'», *Mercatornet*, 31/03/2021.

54. http://medpreventiva.es/xFkbqr (consultado el 21/08/21).

55. https://www.mscbs.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=5002 (consultado el 30/08/2021).

56. http://medpreventiva.es/fRgDY3.

57. Montañés, E., «Niños jugando a ser adultos sin red: el *grooming* crece un 63 % en pospandemia», *ABC*, 23/05/2022.

58. Disponible a texto completo en: https://medpreventiva.es/cLB7b5 (consultado el 13/08/2022).

59. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33796031/.

60. https://www.youthaction.org.au/inquiry_into_the_sexualisation_of_children_and_young_people (consultado el 11/08/2022).

61. Esolen, A., *Sex and the unreal city,* Ignatius Press, 2020.

62. https://ongsomosuno.com (consultado el 11/08/2022).

63. https://elpais.com/opinion/2021-10-16/juli-y-tamara.html
http://medpreventiva.es/FT29z3.

64. La *somatización* consiste en procesos patológicos caracterizados por la presencia de síntomas corporales que sugieren que no existe ninguna causa orgánica demostrable o mecanismo fisiológico conocido que los explique completamente. El profesional médico, tras descartar todas las posibles causas físicas y orgánicas, tendrá la presunción razonable de que estos síntomas están asociados a factores psicológicos, de estrés o psicosociales. Entre los cuadros clínicos más típicos de somatización se incluyen mareos, dificultades para respirar, lumbagos, tortícolis, insomnios, dolores de cabeza, hipertensión arterial, trastornos digestivos (vómitos, diarreas, colon irritable), dermatitis, y otros muchos cuadros clínicos, que solo mejorarán cuando se corrige y se controla el proceso patológico psiquiátrico subyacente.

65. http://medpreventiva.es/XMjUkB.

66. Christakis, D., Zimmerman, F., «Media as a public health issue», *Arch Pediatr Adolesc Med*, 2006; 160;445-6.

67. Martínez-González, M., De Irala, J., «Universitarios snowflake?», *Woman essentia*, 28/03/2020. Disponible en http://medpreventiva.es/KFtcuE (consultado el 11/08/2022).
Lukianoff, G., Haidt, J., *The coddling of the american mind: How good intentions and bad ideas are setting up a generation for failure*, Penguin, 2018.

68. Han, B., *La agonía del Eros*, Herder, 2014.

69. Vedanthan, R., Bansilal, S., Soto, A., *et al.*, «Family-based approaches to cardiovascular health promotion», *J Am Coll Cardiol*, 2016; 67:1725-37.

Rothrauff, T., Cooney, T., An, J., «Remembered parenting styles and adjustment in middle and late adulthood», *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci,* 2009; 64:137-46.

Alonso-Geta, P., «La socialización parental en padres españoles con hijos de 6 a 14 años», *Psicothema*, 2012; 24:371-6.

García, F., Gracia, E., «Is always authoritative the optimum parenting style? Evidence from spanish families», *Adolescence*, 2009; 44:101-31.

Shrier, A., *Irreversible damage*, Regnery Publishing, 2020.

70. https://mercatornet.com/social-media-adults-only/79558/.

1. https://www.intechopen.com/chapters/50042.

2. https://www.youtube.com/watch?v=fHV8cv_mRB8.

El caso clínico de Ruth recuerda a otro caso similar narrado por Miriam Grossman en su libro: Grossman, M., *Unprotected: A campus psychiatrist reveals how political Correctness in her profession Endangers every student*, Penguin Publishing Group, 2007.

3. Marrazo, J., Holmes, K., «Sexually transmitted infections: Overview and clinical approach», En: *Harrison's Principles of internal medicine, 20.º ed.,* cap.131, Mc Graw Hill, 2018.

4. https://www.imdb.com/title/tt0093779/ (consultado el 11/08/2022).

5. La edad es el determinante más fuerte de la fertilidad. La fertilidad de la mujer es inversamente proporcional a su edad. Cuanto mayor sea su edad, menos serán los días fértiles de cada mes. Una chica de diecisiete a veintidós años tiene muchas más probabilidades de quedarse embarazada después de una relación que una mujer de 35-40 años. De todos modos, sea cual sea su edad, en la inmensa mayor parte de los días de un mes, la mujer será infértil.

6. https://medpreventiva.es/LrKgwa; https://medpreventiva.es/fcCSET; https://medpreventiva.es/duJZvb (consultados el 12/08/2022).

7. Del Río, C., Malani, PN., «Update on the monkeypox outbreak», *JAMA*, 2022 Aug 11. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35951336/.

Philpott, D., Hughes, C., Alroy, K., *et al.*, «Epidemiologic and clinical characteristics of monkeypox cases-United States, May 17-July 22, 2022», *MMWR*, 2022.

https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/71/wr/mm7132e3.htm (consultado el 11/08/2022).

Thornhill, J., Barkati, S., Walmsley, S., *et al.*, «Monkeypox virus infection in

humans across 16 countries-April-June 2022», *N Engl J Med*, 2022.

Patel, A., Bilinska, J., Tam, J., *et al*., «Clinical features and novel presentations of human monkeypox in a central London centre during the 2022 outbreak: descriptive case series», *BMJ*, 2022; 378: e072410.

Girometti, N., Byrne, R., Bracchi, M., *et al*., «Demographic and clinical characteristics of confirmed human monkeypox virus cases in individuals attending a sexual health centre in London, UK: An observational analysis», *Lancet Infect Dis*, 2022.

8. Carlos, S., López del Buirgo, C., Reina, G., «Infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA». En: Martínez-González, M. (editor). *Conceptos de salud pública y estrategias preventivas*, 3.º ed. Elsevier, 2023.

9. Grossman, M., *Unprotected: A campus psychiatrist reveals how political correctness in her profession endangers every student*, Sentinel, 2007.

10. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3683090/.

Fauci, A., Folkers, G., Lane, H., «Human Immunodeficiency Virus Disease: AIDS and Related Disorders», en: Loscalzo, J., Fauci, A., Kasper, D., *et al*., *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 21.º ed., cap. 202, McGraw Hill; 2022.

11. Fauci, A., Folkers, G., Lane, H., *Obra citada*.

12. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6603806 (consultado el 26/08/ 2021).

Se comprobó en ese estudio de casos y controles que la variable que más fuertemente se asociaba a la enfermedad y que distinguía con mayor nitidez a los casos de los controles era el número de parejas masculinas que tenían de media al año (que eran de 61 en los casos y de 25-27 en los controles).

13. Las probabilidades que estiman los CDC de Atlanta son de 8 contagios en la mujer por cada 10 000 exposiciones vaginales y 138 contagios por cada 10 000 coitos anales receptivos. Es decir, el coito anal es diecisiete veces más arriesgado que el vaginal. Y esto solo se refiere al VIH. Habría que considerar los agentes de otras ETS. Ver: https://www.cdc.gov/hiv/risk/estimates/riskbehaviors.html.

14. Soriano, V., Ramos, JM., Barreiro, P., Fernández-Montero, J., «AIDS Clinical research in Spain-large HIV population, geniality of doctors, and missing opportunities», *Viruses*, 2018; 10:293.

15. https://www.cdc.gov/std/prevention/default.htm.

16. Halperin, D., Steiner, M., Cassell, M., *et al*., «The time has come for common ground on preventing sexual transmission of HIV», *Lancet*, 2004; 364:1913-5.

17. Álvaro Alonso es catedrático de Epidemiología en la Universidad de Emory, con una cátedra nominal y bien dotada (Stephen D. Clements Jr. Chair). Para mí siempre será un gran honor haberle invitado a dedicarse a la Medicina Preventiva y Salud Pública cuando él era estudiante, haberle dirigido la tesis doctoral, apoyarle en sus primeros pasos en la especialidad y ayudarle a abrirse paso en EE. UU., sobre todo en sus primeros años al otro lado del charco. Ahora vuela solo y vuela muy alto.

http://medpreventiva.es/PkurHo.

18. De Irala, J., Alonso, A., «Changes in sexual behaviours to prevent HIV», *Lancet*, 2006; 368:1749-50.

19. Shelton, J., «Ten myths and one truth about generalised HIV epidemics», *Lancet*, 2007; 370:1809-11.

Potts, M., Halperin, D., Kirby, D., *et al.*, «Public health. Reassessing HIV prevention», *Science*, 2008; 320:749-50.

Goodgame, R., «AIDS in Uganda-clinical and social features», *N Engl J Med*, 1990; 323:383-9.

Green, E., Halperin, D., Nantulya, V., Hogle, J., «Uganda's HIV prevention success: The role of sexual behavior changes and the national response», *AIDS Behav*, 2006; 10:335-50.

20. Shelton, J., «Ten myths and one truth about generalised HIV epidemics», *Lancet*, 2007; 370:1809-11.

21. Se ha afirmado que con campañas de condón-y-solo-condón, que no entran para nada en los aspectos antropológicos, psicológicos y trascendentes de las relaciones sexuales, se acaba teniendo el efecto de que las autoridades sanitarias parecen elevar el condón al nivel del más alto bien para el ser humano. Esto supondría que los promotores de tales campañas estarían diciendo más o menos implícitamente que la población está formada por seres que no son plenamente humanos, racionales, ya que no pueden controlar sus impulsos instintivos y pueden parecer incapaces de adoptar un enfoque de la sexualidad como personas racionales y libres. Esto es más que criticable en cualquier estrategia de salud pública. La salud pública entonces se convertiría en salud *veterinaria*, no en salud pública humana. Esta debe basarse en algo muy distinto, en el supuesto de que las personas son inteligentes, valiosas, poderosas en sus capacidades y que tienen recursos y posibilidades reales para cambiar y mejorar. De lo contrario, ¿dónde queda la famosa «capacitación» (*empowerment* en inglés) que hoy día ocupa un lugar privilegiado en todo discurso coherente de salud pública?

Diversas campañas gubernamentales estuvieron desenfocadas. En octubre de 1990, el Ministerio español de Sanidad y Consumo lanzó una campaña con el lema: «Póntelo, pónselo». No se puede negar la buena intención de que se pretendía promover el uso del preservativo para reducir las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos imprevistos. España se vio inundada de carteles con el lema: Póntelo. Pónselo. La campaña costó cerca de 3,7 millones de euros solo en carteles. Se acompañó de anuncios de televisión y cuñas de radio. Tres años después, en 1993, la Audiencia Nacional declaró su retirada al considerar que no se podía animar a la promiscuidad sexual sin advertir de las consecuencias.

22. Hearst, N., Chen, S., «Condom promotion for AIDS prevention in the developing world: is it working?», *Stud Fam Plann*, 2004; 35:39-47.

23. Potts, M., Halperin, D., Kirby, D., *et al.*, «Public health. Reassessing HIV prevention», *Science*, 2008; 320:749-50.

El problema que está en la base de esta paradoja es que lanzar a la población un mensaje que identificaba el preservativo con la idea de «sexo 100 % seguro» resultaba contraproducente, ya que —aparte de ser falaz— podía dar una falsa impresión de inmunidad total y esto hacía que no se redujese el número de parejas sexuales y se mantuviese un alto nivel de transmisión de la epidemia («compensación de riesgos»).

24. http://medpreventiva.es/mhTUjg. Se pueden consultar las siguientes referencias:

- Green, E., «Foreword», en: Hanley, M., De Irala, J., *Affirming love, avoiding AIDS. What Africa can teach the West*, NCBC, 2010.
- Green, E., Mah, T., Ruark, A., Hearst, N., «A framework of sexual partnerships: risks and implications for HIV prevention in Africa», *Stud Fam Plann*, 2009; 40:63-70.
- Green, E., Halperin, D., Nantulya, V., Hogle, J., «Uganda's HIV prevention success: the role of sexual behavior changes and the national response», *AIDS Behav*, 2006; 10:335-46.
- Cassell, M., Halperin, D., Shelton, J., Stanton, D., «Risk compensation: the Achilles' heel of innovations in HIV prevention?», *BMJ,* 2006; 332:605-7.
- Slutkin, G., Okware, S., Naamara, W., *et al.*, «How Uganda reversed its HIV epidemic», *AIDS Behav*, 2006; 10:351-60.
- De Irala, J., Alonso, A., «Changes in sexual behaviours to prevent HIV (editorial)», *Lancet*, 2006; 368:1749-50.
- Potts, M., Halperin, D., Kirby, D., *et al.*, «Public health. Reassessing HIV prevention», *Science*, 2008; 320:749-50.
- Green, E., Kajubi, P., Ruark, A., *et al.*, «The need to reemphasize behavior change for HIV prevention in Uganda: a qualitative study», *Stud Fam Plann*, 2013; 44:25-43.

25. CDC, «About "Estimate the HIV Risk"», Risk Reduction Tool. http://medpreventiva.es/owjxGn (consultado el 12/08/2022).

26. Pero a la vez hubo voces que sí tuvieron valor y al abuso de expresiones como «sexo seguro» o «relaciones protegidas» lo denominaron en la prensa científica solvente «el talón de Aquiles para la prevención del sida».

Ver: Cassell, M., Halperin, D., Shelton, J., Stanton, D., «Risk compensation: The Achilles' heel of innovations in HIV prevention?», *BMJ*, 2006; 332:605-7.

27. Carlos, S., López del Burgo, C., Burgueño, E., *et al.*, «Male condom use, multiple sexual partners and HIV: a prospective case-control study in Kinshasa (DRC)», *AIDS Care*, 2017; 2 9:772-81.

28. Green, E., Halperin, D., Nantulya, V., Hogle, J., «Uganda's HIV prevention success: the role of sexual behavior changes and the national response», *AIDS Behav*, 2006; 10:335-50.

29. Entre 2001 y 2009, sin tener todavía un fuerte abastecimiento de fármacos, fueron veintidós los países de África subsahariana que redujeron en más de un 25 % su incidencia de infecciones VIH gracias a estas aproximaciones conductuales amplias y dirigidas a la raíz del problema.

30. Grossman, M., *Unprotected: A campus psychiatrist reveals how political correctness in her profession endangers every student*, Sentinel, 2007.

31. Quinn, T., Wawer, M., Sewankambo, N., *et al.*, «Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1», *N Engl J Med,* 2000; 342:921-9.

32. Cohen, M., Chen, Y., McCauley, M., *et al.*, «Prevention of HIV-1 infection with early antirretroviral therapy», *N Engl J Med*. 2011; 365:493-505.

33. Hammer, S., «Antirretroviral treatment as prevention», *N Engl J Med*, 2011; 365:561-2.

34. Pero recurrir al tratamiento como prevención preexposición puede acarrear muchos problemas. Ver: Cohen, J., «FDA Panel recommends antiHIV drug for prevention», *Science*, 2012; 336:792.

35. Del Romero. J., Castilla. J., Hernando, V., *et al.*, «Combined antirretroviral treatment and heterosexual transmission of HIV-1: Cross sectional and prospective cohort study», *BMJ*. 2010; 340:c2205.

36. Grabowski, M., Serwadda, D., Gray, R., *et al.*, «HIV Prevention efforts and incidence of HIV in Uganda», *N Engl J Med*, 2017; 377:21542166.

37. Martínez-González, M., «Condoms in preventing STIs: No magic bullet», *BMJ*, 2008; 336:292.

38. Baste una anécdota como botón de muestra. Participé hace pocos años en una conferencia de consenso en EE. UU. de expertos en alimentación y salud pública. Era un grupo pequeño. En una de las reuniones, el moderador se afanaba en estimularnos para que buscásemos entre todos las mejores pautas o patrones alimentarios para la humanidad. ¿Para qué?, se preguntaba este moderador, «para estar más sanos y así poder tener relaciones sexuales de más calidad». Ese era en su cabeza aparentemente el fin principal de la vida.

39. Quien proponía (ver nota anterior) la alimentación saludable como medio para tener mejores relaciones sexuales, desgraciadamente, falleció poco después de un paro cardiaco. Lo sentí mucho, porque era una persona maravillosa en muchos aspectos y a quien siempre he admirado por sus logros profesionales. Quizás por eso se me quedó más grabada esta anécdota.

40. La prevención primordial consiste en prevenir la emergencia de los factores sociales, culturales o ambientales que darán origen a los factores de riesgo que causan la enfermedad. Si un Gobierno se propusiese crear las condiciones para que ningún joven se iniciase prematuramente en el sexo o en el uso de la pornografía, estaría haciendo prevención primordial. Ver Martínez-González, M., López del Burgo, C., Delgado-Rodríguez, M., «Conceptos de salud pública», en Martínez-González, M. Á. (editor), *Conceptos de salud pública y estrategias preventivas*, 2.ª ed., Elsevier, 2018.

41. Carlos, S., De Irala, J., Hanley, M., Martínez-González, M., «The use of expensive technologies instead of simple, sound and effective lifestyle interventions: a perpetual delusion», *J Epidemiol Community Health*, 2014; 68:897-904.

Beymer, M., DeVost, M., Weiss, R., *et al.*, «Does HIV preexposure prophylaxis use lead to a higher incidence of sexually transmitted infections? A case-crossover study of men who have sex with men in Los Angeles, California», *Sex Transm Infect*, 2018; 94:457-462.

Cassell, M., Halperin, D., Shelton, J., Stanton, D., «Risk compensation: The Achilles' heel of innovations in HIV prevention », *BMJ*, 2006; 332:605-7.

42. Blum, A., Solberg, E., Wolinsky, H., «The Surgeon General's report on smoking and health 40 years later: Still wandering in the desert», *Lancet,* 2004; 363:97-8.

43. Serpa, J., Huynh, G., Nickell, J., Miao, H., «Human immunodeficiency virus preexposure prophylaxis and increased incidence of sexually transmitted infections in the United States», *Clin Infect Dis*, 2020; 70:1884-90.

Traeger, M., Cornelisse, V., Asselin, J., *et al.*, «Association of HIV preexposure prophylaxis with incidence of sexually transmitted infections among individuals at high risk of HIV infection», *JAMA*, 2019; 321:1380-90.

44. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27314179;
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28700394;
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33745099;
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31183609/.

45. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34180743/.

46. Thornhill, J., Barkati, S., Walmsley, S., *et al.*, «Monkeypox virus infection in humans across 16 countries - April-June 2022», *N Engl J Med,* 2022.

47. Powell, V.E, *et al.*, «Update on HIV preexposure prophylaxis: Effectiveness, drug

resistance, and risk compensation», *Curr Infect Dis Rep*, 2019; 21:28.

48. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31184747/.

49. Se trata de un límite en el que el epitelio plano y el epitelio cilíndrico se encuentran. La localización de este límite entre ambos tipos de epitelio varía durante la vida de la mujer debido a los cambios metaplásicos en el epitelio cervical que ocurren después de la pubertad. En las adolescentes y chicas jóvenes, la zona de transformación se encuentra en la superficie exterior del cuello uterino inmaduro y es más susceptible a la infección que en las mujeres adultas.

50. Grossman, M., *Unprotected: A campus psychiatrist reveals how political correctness in her profession endangers every student*, Penguin Publishing Group, 2007.

51. Los VPH son causa también de cánceres de pene, anales (en personas que practican el coito anal) y orofaríngeos (en quienes practican el sexo oral). Estos cánceres afectan a varones, pero son menos frecuentes.

52. Winer, R., Lee, S., Hughes, J., *et al.*, «Genital human papillomavirus infection: Incidence and risk factors in a cohort of female university students. *Am J Epidemiol*, 2003; 157:218-26.

53. Algo más tarde, el mismo grupo publicó otro artículo similar donde se veía que el preservativo (solo si se usaba el 100 % de las veces) sí reducía significativamente el riesgo de infectarse, pero no lo eliminaba (Winer, R., Hughes, J., Feng, Q., *et al.*, «Condom use and the risk of genital human papillomavirus infection in young women. *N Engl J Med*, 2006; 354:2645-54).

54. Lei, J., *et al.*, «HPV Vaccination and the risk of invasive cervical cancer». *N Engl J Med*, 2020; 383:1340-48.

55. Kjaer, S., Sigurdsson, K., Iversen, O., *et al.*, «A pooled analysis of continued prophylactic efficacy of quadrivalent human papillomavirus (Types 6/11/16/18) vaccine against high-grade cervical and external genital lesions», *Cancer Prev Res (Phila Pa)*, 2009; 2:868-78.

56. Martínez-González, M., Zozaya-Nieto, C., De Irala, J., «Vacunas frente al papiloma humano», en Martínez-González, M. Á. (editor): *Conceptos de salud pública y estrategias preventivas*, Elsevier, 2012; 271-6.

57. Martínez-González, M., Carlos, S., De Irala, J., «Vacuna contra el virus del papiloma humano: razones para el optimismo y razones para la prudencia». *Med Clin (Barc.)*, 2008; 131:256-63.

58. Vernon, L., «How silencing of dissent in science impacts woman. The Gardasil® story», Adv Sex Med, 2017; 7:179-204.

59. Osorio, A., López del Burgo, C., Ruiz-Canela, M., *et al.*, «Safe-sex belief and sexual risk behaviours among adolescents from three developing countries: a cross-sectional study». *BMJ Open*, 2015; 5: e00782.

1. La profesora norteamericana Melissa Moschella afirmaba: «Hay una relación muy estrecha entre el uso de la anticoncepción artificial y el incremento de las tasas de divorcio. En Estados Unidos las tasas de divorcio están por debajo del 2 % en las parejas que no practican la contracepción, mientras que la tasa de divorcio en la población general ronda el 50 %». Lógicamente, este comentario no tiene una interpretación individual, sino que refleja una realidad sociológica general.

2. https://vimeo.com/ondemand/bobc (consultado el 13/08/2022).

3. https://www.thebusinessof.life/ (consultado el 13/08/2022). Las autoras de este documental (*The business of birth control*) son Ricki Lake y Abby Epstein, que habían realizado antes otro documental crítico sobre la atención al parto y afirmaban: «Tenemos un objetivo al hacer nuestros documentales: capacitar a la gente para que tome decisiones informadas sobre su salud y puedan valorar las opciones que tienen ante sí (…). Nuestra película más reciente, *El negocio del control de la natalidad*, presenta información bien documentada e investigada que creemos que la gente merece conocer. Respaldamos a los médicos, científicos, naturópatas y expertos en salud hormonal que aparecen en nuestra película, que gozan de gran prestigio y no tienen ningún vínculo financiero con el documental».

4. Wilson, R., *Feminine forever*, Nueva York: M. Evans Co, 1966.

Robert Wilson, el autor de este libro, recibió cantidades millonarias de la industria farmacéutica por promocionar las hormonas femeninas. Resultó triste que luego su esposa falleciera de cáncer de mama (causado por estas hormonas) y él se suicidase en 1981.

La historia de esta promoción comercial puede leerse con detalle en Abramson, J., *Overdo$ed America: The broken promise of American medicine*. Harper Collins, 2008.

5. Martínez-González, M., Hanley, M., De Irala, J., «Los retos de la Salud Pública», en Martínez-González, M. Á. (editor). *Conceptos de Salud Pública y estrategias preventivas*, 1.ª ed., Elsevier, 2013.

6. Lógicamente, no se incluyen aquí las mujeres a las que se les han extirpado ambos ovarios (ooforectomía bilateral) antes de los cuarenta y cinco años. No todo es tan negativo.

7. Writing group from the Women's Health Initiative Randomized controlled trial, «Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy posmenopausal women»,

JAMA, 2002; 288;321-33

8. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. *Información de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios para el profesional sanitario. Restricción de las indicaciones terapéuticas de la terapia hormonal de sustitución*,. Madrid: AEMPS, 2004.

US Preventive Services Task Force. «Hormone therapy for the primary prevention of chronic conditions in posmenopausal women: Us preventive services task force recommendation statement», *JAMA*, 2017; 318:2224-33.

Ver la última actualización en: https://medpreventiva.es/39We68

9. World Association of Medical Editors, «Ghost writing initiated by commercial companies», *J Gen Intern Med*, 2005; 20:549.

Ross, J., Hill, K., Egilman, D., Krumholz, H., «Guest authorship and ghostwriting in publications related to rofecoxib: a case study of industry documents from rofecoxib litigation», *JAMA*, 2008; 299:1800-12.

Stretton, S., «Systematic review on the primary and secondary reporting of the prevalence of ghostwriting in the medical literature», *BMJ Open*, 2014; 4: e004777.

DeTora, L., Carey, M., Toroser, D., Baum, E., «Ghostwriting in biomedicine: A review of the published literature», *Curr Med Res Opin*,. 2019; 35:1643-1651.

Gøtzsche, P., Kassirer, J., Woolley, K., *et al.*, «What should be done to tackle ghostwriting in the medical literature?», *PLoS Med*, 2009; 6: e23.

Kassirer, J., *On the take: How medicine's complicity with big business can endanger your health*, Oxford: Oxford University Press, 2005.

10. Fugh-Berman, A., «The haunting of medical journals: How ghostwriting sold "HRT"», *PLoS Med*, 2010; 7: e1000335.

11. Gomes, M., Deitcher, S., «Risk of venous thromboembolic disease associated with hormonal contraceptives and hormone replacement therapy: A clinical review», *Arch Intern Med*, 2004; 164:1965-76.

12. Angell, M., *The truth about the drug companies: How they deceive us and what to do about it*, Random House, 2005.

13. Gotszche, P., *Deadly medicines and organised crime: How big pharma has corrupted healthcare*, Radcliffe Publishing, 2013.

14. Por ejemplo, es típica la siguiente pregunta de una chica a un médico: «Anoche salí con mis amigas bebimos mucho y esta mañana me levante y vomité, y estoy tomando las pastillas anticonceptivas, quisiera saber si al haber vomitado pierde el efecto la pastilla».

15. Marks, L., *Sexual chemistry: A history of the contraceptive pill*, Yale University Press, 2001.

16. Lo que venía a prevenir la píldora no era ninguna enfermedad, sino algo perfectamente fisiológico y *normal*: el embarazo. Algo tan normal y tan contrario a la enfermedad y a la muerte que sin él los seres humanos habrían dejado pronto de existir, pues no se hubiesen reproducido. Nuestros alumnos de las facultades de Medicina ven que los médicos dan fármacos para prevenir el embarazo y que la salud *reproductiva* (en el sentido de «salud» *contraceptiva*) se considera una parte importante de la Medicina Preventiva, por eso quizás no acaban de creerse que el embarazo sea algo normal y hay que repetirles una y otra vez que no es ninguna enfermedad.

17. Menárguez, M., *Solo quiero que me quieran: tesoros y trampas del sexo y del amor (Claves),* Rialp, 2021.

18. Burchardt, N., *et al*., «Oral contraceptive use by formulation and breast cancer risk by subtype in the nurses' health study II: A prospective cohort study», *Am J Obstet Gynecol*, 2021; S0002-9378(21)02686-7.

Khialani, D., Rosendaal, F., Vlieg, A., «Hormonal contraceptives and the risk of venous thrombosis», *Semin Thromb Hemost*, 2020; 46:865-71.

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30389542/.

19. Por ejemplo, Bayer pagó más de 1500 millones de dólares en compensaciones legales por las litigaciones de las mujeres que fueron víctimas de sus píldoras. https://medpreventiva.es/XACcU1 (consultado el 13/08/2022).

20. http://medpreventiva.es/V3xG79 (consultado el 20/08/2021). En el conjunto del Espacio Económico Europeo y Reino Unido, se constataron menos de cien casos de trombosis de venas cuando había veinticinco millones de personas vacunadas. El riesgo sería por tanto inferior a diez casos por millón según la Agencia Española del Medicamento.

21. En el estudio posterior publicado en *The New England Journal of Medicine*, el riesgo aproximado de trombosis con la vacuna fue de diez casos por millón entre personas con cincuenta o más años y de veinte por millón entre los del grupo más joven (<50 años de edad). Ver https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34379914/ (consultado el 25/08/2021). Por lo menos, el riesgo de trombosis era treinta y cuatro veces superior con los contraceptivos que con la vacuna de Astra-Zeneca.

22. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22027398.

23. https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010813.pub2/full.

24. El metaanálisis es un resumen estadístico de todos los estudios individuales previos.

25. https://andoc.es/bayer-se-enfrenta-a-su-propia-crisis-reputacionalpor-sus-pildoras-anticonceptivas/ (consultado el 13/08/2022).

26. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22693997.

27. 50 microgramos de etinil estradiol (estrógeno) combinado con levonorgestrel.

28. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26310586.

«… los riesgos relativos fueron similares para el infarto de miocardio (1,6; intervalo de confianza [IC] del 95 %: 1,2 a 2,1) y el accidente cerebrovascular isquémico (1,7; IC del 95 %: 1,5 a 1,9). Los riesgos no variaron claramente según la generación del progestágeno o según el tipo de progestágeno. Cuando se estratificaron las preparaciones según la dosis de estrógenos, el riesgo de infarto de miocardio o de accidente cerebrovascular isquémico parecía aumentar con dosis más altas de estrógenos».

29. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breastcancer (consultado el 22/08/2021).

30. Ver web de la Asociación Española contra el Cáncer, http://medpreventiva.es/9B3YLu (consultado el 22/08/2021).

31. En 2020, alrededor de 685 000 mujeres fallecieron en el mundo como consecuencia del cáncer de mama. En España, en 2019, según el Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME), el cáncer de mama fue responsable del 15,6 % de las muertes en las mujeres de 15-49 años. Los cánceres producidos por contraceptivos (mama, cuello uterino) eran también los que causaban más muertes de mujeres en el mundo (en conjunto, unas 900 000 muertes anuales) mientras que el cáncer de ovario causaba 175 000 fallecimientos.

32. Sumando el cáncer de cuello uterino, entre ambos (demostradamente asociados causalmente con los contraceptivos) causaron el 18,8 % de las muertes en estas mujeres, casi una muerte de cada cinco en mujeres de 15-49 años. El de ovario solo causó en ellas el 3,3 % de los fallecimientos y el de endometrio el 0,7 %.

33. En las mujeres españolas en 2019 se producían unas 6600 muertes anuales por cáncer de mama y se diagnosticaban en total más de 33 000 casos nuevos de cáncer de mama al año. Datos del Observatorio del Cáncer-Asociación Española Contra el Cáncer, AECC.

34. http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index1.html (consultado el 22/08/2021).

35. Pollán, M., Pastor-Barriuso, R., Ardanaz, E, *et al.*, «Recent changes in breast cancer incidence in Spain, 1980-2004», *J Natl Cancer Inst*, 2009; 101:1584-91.

36. Un embarazo a término en edades jóvenes reduce el riesgo de cáncer de mama en un 30-40 % comparativamente a la nuliparidad. Los embarazos tardíos, en cambio, aumentarán el riesgo.

37. International Agency for Research on Cancer. «Combined estrogenprogestogen contraceptives and combined estrogenprogestogen menopausal therapy», *IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans,* 2007; 91.

38. Willett, W., Tamimi, R., Hankinson, S., «Nongenetic factors in the causation of breast cancer», en Harris, J., Lippman, M., Morrow, M., Osborne. C., *Diseases of the breast*, 5.ª edition, Lippincott Williams & Wilkins, 2014.

Por ejemplo, en la cohorte de Harvard de las enfermeras (con más de 120 000 mujeres y uno de los estudios epidemiológicos de mejor calidad en el estudio del cáncer de mama) se estimó que una mujer que tenía su primer hijo a los 35 años, tendría un riesgo un 16 % mayor que el de una mujer sin hijos. En cambio, la que había tenido 4 hijos a los (20, 23, 26 y 29 años) tendría un 30 % menos de riesgo que una mujer sin hijos. En definitiva, tener los hijos a edades tempranas reduciría en un 40 % el riesgo de cáncer en comparación a tener los hijos en edades tardías. Esto ha sido consistentemente observado, una vez tras otra, en los estudios epidemiológicos del cáncer de mama, desde hace varias décadas:

Colditz, G., Rosner, B., «Cumulative risk of breast cancer to age 70 years according to risk factor status: Data from the nurses' health study», *Am J Epidemiol*, 2000; 152:950-64.

Rosner, B., Colditz, G., Willett, W., «Reproductive risk factors in a prospective study of breast cancer: The nurses' health study», *Am J Epidemiol*, 1994; 139:819-35.

Ewertz, M., Duffy, S., Adami, H., *et al.*, «Age at first birth, parity and risk of breast cancer: A meta-analysis of 8 studies from the nordic countries», *Int J Cancer*, 1990; 46:597-603.

Takeuchi, T., Kitamura, Y., Sobue, T., *et al.*, «Impact of reproductive factors on breast cancer incidence: Pooled analysis of nine cohort studies in Japan» *Cancer Med*, 2021; 10:2153-63.

Manouchehri, E., Taghipour, A., Ghavami, V., *et al.*, «Menstrual and reproductive factors and risk of breast cancer in iranian female population: A systematic review and meta-analysis», *Int J Prev Med*, 2022; 13:26.

39. El uso de contraceptivos orales requiere un cumplimiento diario. Esto no se sigue a la perfección por diversos motivos. Es la razón por la que las tasas de fracaso de los anticonceptivos hormonales en el mundo real y con su uso «típico» sean mayores a lo teóricamente esperable. Se ha estimado que los fracasos en EE.UU. llegan al 9 % en población general, al 13 % en menores de 20 años, y superan el 30 % en subgrupos de alto riesgo (ver Winner, *et al.*, *N Engl J Med*, 2012; 366:1998-2007).

40. Tardón-García, A., Ruiz-Canela, M., Martínez-González, M., *Epidemiología del cáncer*, en: Martínez-González, M. Á. (editor), *Conceptos de Salud Pública y estrategias preventivas*, 2.ª ed., Madrid, Elsevier, 2018:101-9.

41. Kahlenborn, C., Modugno, F., Potter, D., Severs, W., «Oral contraceptive use as a risk factor for premenopausal breast cancer: a meta-analysis», *Mayo Clin Proc*, 2006; 81:1290-302.

42. Durante una media de once años de seguimiento se identificaron 11 517 casos nuevos de cáncer de mama. Mørch, L., Skovlund, C., Hannaford, P., «Contemporary Hormonal Contraception and the Risk of Breast Cancer», *N Engl J Med*, 2017; 377:2228-39.

43. Por ejemplo, los contraceptivos serían responsables anualmente solo de un caso nuevo de cáncer de mama por cada 7690 consumidoras. Es decir, un riesgo absoluto de 130 por millón (trece veces superior al de las trombosis con las vacunas de Astra-Zeneca). Pero se interpretaría que las otras 7689 a pesar de consumir contraceptivos no serían perjudicadas a nivel individual.

44. Kuby, G., *The global sexual revolution. Destruction of Freedom in the Name of Freedom*, LifeSite/Angelico Press, 2015.

45. Es indudable que al haber crecido la oferta y disponibilidad de «proveedores» de abortos se ha facilitado que se sometan a ellos las embarazadas. A más oferta, más demanda. Pero este no es el motivo fundamental del crecimiento tan fuerte de la tasa de abortos. Tampoco es que la píldora no tenga alta efectividad como contraceptivo, que la tiene. El motivo clave ha sido que ha crecido muchísimo la ***mentalidad anticonceptiva*** en la sociedad.

46. Álvarez-Mon, M., Donat-Vargas, C., Llavero-Valero, M., «Analysis of media outlets on women's health: Thematic and quantitative analyses using twitter», *Front Public Health*, 2021; 9:644284.

47. Skovlund, C., Mørch, L., Kessing, L., «Association of hormonal contraception with suicide attempts and suicides». *Am J Psychiatry*, 2018; 175:336-42.

48. Skovlund, C., Mørch, L., Kessing, L., «Association of hormonal contraception with depression», *JAMA Psychiatry*, 2016; 73:1154-62.

Del Río, J., Alliende, M., Molina, N., *et al*., «Steroid hormones and their action in women's brains: The importance of hormonal balance», *Front Public Health*, 2018; 6:141.

49. Rivière, M., «El Nobel Luc Montagnier: "La base científica de la homeopatía se ignora porque se silencia lo que molesta a la economía"», *La Vanguardia*, 03/12/1996.

50. Dueñas, J., Lete, I., Bermejo, R., *et al*., «Trends in the use of contraceptive methods and voluntary interruption of pregnancy in the spanish population during

1997-2007», *Contraception*, 2011; 83:82-7.

51. Martínez-González, M., De Irala, J., Uroz, V., «Direct access to emergency contraception», *JAMA*, 2005; 293:1856.

52. https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/62628/P_62628.html.

53. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29614525; https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26749045; https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26495334/.

54. Graves, K., Smith, B., Nuccio, B., «Alopecia due to high androgen index contraceptives», *JAAPA*, 2018; 31:20-24. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29979329.

Ver también: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31467420.

55. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34389561; https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22027398/.

56. https://www.history.com/news/birth-control-pill-history-puerto-rico-enovid (consultado el 13/08/2022);

https://www.fda.gov/media/110456/download.

Marks, L., *Sexual chemistry: A history of the contraceptive pill*, Yale University Press, 2010.

Herranz, G., León-Sanz, P., Pardo, J., De Irala, J., *Leyendo entre líneas: Una historia crítica de la contracepción*, Ediciones Palabra, 2020.

57. Boyce, J., Fawcett, J., Noall E., «Coronary thrombosis and Conovid», *Lancet*, 1963; i:111.

58. «Risk of thromboembolic disease in women taking oral contraceptives. A preliminary communication to the Medical Research Council by a Subcommittee», *Br Med J*, 1967; 2:355-9.

Inman, W., Vessey, M., «Investigation of deaths from pulmonary, coronary, and cerebral thrombosis and embolism in women of child-bearing age», *Br Med J*, 1968; 2:193-9.

Vessey, M., Doll, R., «Investigation of relation between use of oral contraceptives and thromboembolic disease», *Br Med J*, 1968; 2:199-205.

59. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9130941/.

60. En las píldoras contraceptivas más habitualmente utilizadas por las mujeres para prevenir un embarazo se contienen los dos tipos de hormonas femeninas: estrógenos y progestágenos. El estrógeno suele ser casi siempre el etinil-estradiol (o su precursor, mestranol). Los progestágenos varían y se pueden clasificar en

generaciones, de más antiguos a más recientes.

- noretinedrona y noretinodrel son de primera generación.
- norgestrel y levonorgestrel (el más usado), que suelen clasificarse como de segunda generación.

Los progestágenos de primera y segunda generación se comportan en parte como hormonas masculinas y por eso se habla de su efecto androgénico.

- desogestrel, gestodene, norgestimato y acetato de ciproterona serían de tercera generación.
- drospirenona, nomegestrol, dienogest serían de cuarta generación.

61. La producción de espermatozoides (al menos en parte) suele continuar en el varón hasta su muerte. Sin embargo, puede darse una lenta disminución a finales de los cincuenta o sesenta años si son hombres que fuman, tienen obesidad o enfermedades cardio-metabólicas, incluyendo la hipertensión o la diabetes. Este declive en el hombre varía con la edad, pero, si está sano, suele seguir siendo viril hasta los ochenta y noventa años.

62. Bryson, B., *El cuerpo humano*, RBA Libros, 2019.

Después de la pubertad, la hipófisis masculina (un pequeño e importante órgano que está debajo del cerebro) produce hormonas llamadas gonadotropinas durante el resto de la vida. Se llaman gonadotropinas porque son las que mandan sobre la función de las gónadas (ovarios y testículos). Estas hormonas se conocen, sobre todo, por sus siglas (FSH y LH) y hablaremos enseguida de ellas.

63. En ese tiempo, las secreciones femeninas eliminan diversos factores inhibidores, liberan de su exceso original de colesterol a los espermatozoides, con lo que se adelgazan las membranas de sus cabezas (los acrosomas) y los espermatozoides se vuelven mucho más permeables a los iones de calcio. La entrada de calcio mejora la actividad del flagelo que le permitirá propulsar al espermatozoide.

64. https://www.youtube.com/watch?v=9RCf0Lkpv-s.

65. El óvulo es quien más aportará al conjunto de ambos, salvo en el material genético, para el que el reparto será absolutamente *fifty-fifty*.

66. A medida que se han ido constatando más efectos vasculares adversos de los contraceptivos, se ha ido bajando la dosis de estrógeno en un intento (no siempre efectivo) de evitarlos. Esto hace pensar que cada vez habrá más efectos posfecundación para impedir por ejemplo la anidación de un embrión, pues habrá más ocasiones en que no se inhiba la LH y la ovulación sí tenga lugar, ocurra la fecundación y se produzca un nuevo embrión.

67. La hormona necesaria para que empiece el proceso de ovulación y el folículo se reclute, crezca y pueda ganar la competición, es una gonadotropina que se llama «hormona estimulante folicular» (*follicle-stimulating-hormone* o FSH). Se produce en ese órgano de la parte inferior del cerebro llamado hipófisis. Allí también se produce

la otra gonadotropina, la hormona luteinizante (LH), que es la responsable de que el saco que contenía al óvulo se transforme tras ovular en ese cuerpo lúteo de color amarillento.

68. La LH es necesaria para el crecimiento folicular final y la ovulación. Sin ese pico de LH, aunque haya grandes cantidades de FSH, el folículo no progresará hasta la fase final de ovulación. En la mujer fértil normal, aproximadamente dos días antes de la ovulación, la secreción de LH se incrementa de seis a diez veces y alcanza su máximo unas dieciséis horas antes de la ovulación. Ese es el pico ovulatorio. La FSH también aumenta, pero menos, solo entre dos y tres veces, al mismo tiempo.

69. Puede verse el siguiente trabajo de investigación para valorar el desconocimiento que existe actualmente en las mujeres que usan métodos contraceptivos sobre su mecanismo de acción: De Irala, J., López del Burgo, C., De Fez, C., «Women's attitudes towards mechanisms of action of family planning methods: survey in primary health centres in Pamplona, Spain», *BMC Women's Health*, 2007; 7:10.
https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/14726874-7-10 (consultado el 18/08/2021).

70. Ver http://medpreventiva.es/Masbnu (consultado el 18/08/2021).

71. La Naprotecnología (ver www.naprotechnology.com) o *Natural Procreative Technology* es una ciencia de la salud que ha crecido mucho en los últimos años. Utiliza una amplia variedad de conocimientos para monitorizar y mantener la salud reproductiva y ginecológica de una mujer, incluyendo el análisis del moco cervical, los cambios hormonales durante el ciclo menstrual, los cambios en la temperatura corporal, *etc.*

72. Barroilhet, S., Señoret, C., Mallea, X., «Marital functioning in couples practicing periodic abstinence for family planning» *Linacre Q*, 2018; 85:155-66.
De hecho, parte de estas ideas son fruto de reflexiones tras oír una conferencia impartida por el autor sénior de este artículo, el Dr. José A. Arraztoa.

73. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception (consultado por última vez el 17/08/2021).

74. Frank-Herrmann, P., Hei, J., Gnoth, C., *et al.*, «The effectiveness of a fertility awareness-based method to avoid pregnancy in relation to a couple's sexual behaviour during the fertile time: a prospective longitudinal study», *Hum Reprod*, 2007; 22:1310-9.

75. http://www.aceprensa.com/articles/las-ventajas-de-la-planificacionfamiliar-natural/ (consultado el 17/08/2021).

76. Ver:
www.renafer.org;
https://medpreventiva.es/TA1emS;
https://medpreventiva.es/y1Tjx8;
https://medpreventiva.es/DkqMn2.

77. Han, B., *La agonía del Eros*, Herder, 2014.

78. http://medpreventiva.es/M4a7u5.

79. https://thelowdown.com/contraceptives/fertility-awarenessmethods (consultado el 31/05/2022).

80. https://theldown.com/contraceptives/yasmin/ (ver «Side effects») (consultado el 31/05/2022).

1. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32965830/.

2. Menárguez, M., *Solo quiero que me quieran: tesoros y trampas del sexo y del amor* (Claves), Rialp, 2021.

3. Osorio, A., López del Burgo, C., Carlos, S., De Irala, J., «The sooner, the worse? Association between earlier age of sexual initiation and worse adolescent health and well-being outcomes», *Front Psychol*, 2017; 8:1298.

4. De Irala, J., Osorio, A., Carlos, S., *et al.*, «Mean age of first sex: Do they know what we mean?» *Arch Sex Behav*, 2011; 40:853-5.

Ruiz-Canela, M., López del Burgo, C., Carlos, S., *et al.*, «Family, friends, and other sources of information associated with the initiation of sexual relations by adolescents in El Salvador», *Rev Panam Salud Publica*, 2012; 31:54-61.

Osorio, A., López del Burgo, C., Ruiz-Canela, M., «Safe-sex belief and sexual risk behaviours among adolescents from three developing countries: a cross-sectional study», *BMJ Open*, 2015; 5: e007826.

5. De Irala, J., *Te quiero, por eso no quiero: El valor de la espera*, Amazon, 2020.

6. «Un símbolo contra la trata», *Diario de Noticias*, 8 de agosto 2021. Esto lo escribió Amelia Tiganus, una mujer intensamente comprometida en la lucha contra la explotación sexual. Fundó Emargi con esta finalidad. Aboga por la abolición de la prostitución. Ella misma fue explotada para trabajar como prostituta.

7. Otras veces no habrá nada que esconder, pero ella tendrá que asumir su condición de madre soltera.

8. Por ejemplo, en España: RED MADRE: https://www.youtube.com/watch?v=pobib4aNhz8;
https://www.redmadre.es;
https://provida.es/feapv/;
info@provida.es (consultados el 27/08/2021).

9. https://mercatornet.com/the-right-to-bear-arms-is-child-sacrificeand-abortion-is-not/79184/.

10. http://medpreventiva.es/ADKsUN.

11. Mahlburg, K., «The right to bear arms is *child sacrifice* - and abortion is not? », *Mercatornet*, 31/05/2022. http://medpreventiva.es/98miKy.

12. https://www.youtube.com/watch?v=tYPWnXU6gmY (consultado el 14/08/2022).

13. https://www.youtube.com/watch?v=mnmwAr0xBOM&t=5s;
https://www.ncregister.com/commentaries/the-men-who-wrote-roe-vwade;
http://medpreventiva.es/amMK4X.

14. https://www.nytimes.com/2022/07/09/opinion/roe-abortion-women-death.html (consultado el 14/08/2022);
https://medpreventiva.es/8Bb1ZS (consultado el 14/08/2022).

15. https://news.gallup.com/poll/1576/abortion.aspx.

16. https://www.choice42.com/ (consultado el 14/08/2022).

17. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11708738;
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29685126/.

18. Health Behaviour in School-Aged Children, *HBSC*.
Ver http://www.hbsc.org/publications/ (requiere inscribirse, consultado el 14/08/2022).
Dos publicaciones breves al respecto son:
- Martínez-González, M., De Irala, J., «The Pope and science», *Lancet*, 2008; 371:1069.
- Martínez-González, M., «Condoms in preventing STIs: No magic bullet», *BMJ*, 2008; 336:292.

19. Dueñas, J., Lete, I., Bermejo, R., *et al.*, «Trends in the use of contraceptive

methods and voluntary interruption of pregnancy in the spanish population during 1997-2007», *Contraception* 2011; 83:82-7.

Martínez-González, M., De Irala, J., Uroz, V., «Direct access to emergency contraception», *JAMA*, 2005; 293:1856.

20. Ver, por ejemplo:

- De Irala, J., Hanley, M., López del Burgo, C., *Propóntelo, propónselo, evitar el sida*, Ediciones Internacionales Universitarias, 2006.
- Cassell, M., Halperin, D., Shelton, J., Stanton, D., «Risk compensation: the Achilles' heel of innovations in HIV prevention?» *BMJ*, 2006; 332:605-7.
- Potts, M., Halperin, D., Kirby, D., *et al.*, «Public health. Reassessing HIV prevention», *Science*, 2008; 320:749-50.
- Hanley, M., De Irala, J., «Affirming love, avoiding AIDS. What Africa can teach the West», *NCBC*, 2010.

21. Martínez-González, M., De Irala, J., Uroz, V., «Direct access to emergency contraception», *JAMA*, 2005; 293:1856.

22. Glasier, A., Fairhurst, K., Wyke, S., *et al.*, Advanced provision of emergency contraception does not reduce abortion rates», *Contraception*, 2004; 69:361-366.

23. Si ha bajado ligeramente el número *absoluto* de abortos en España es porque se ha ido reduciendo el número de mujeres en edad fértil y, a partir de la crisis económica del 2008, no subió tanto el número de inmigrantes.

24. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32710833 (consultado el 25/08/ 2021). Es un estudio ciertamente curioso y peculiar desde mi punto de vista profesional, como epidemiólogo, la investigación fue financiada por la fundación Bill y Melinda Gates.

25. Más difícil todavía es saber los datos más básicos de población, natalidad y abortos en países con mala información sanitaria, que no son pocos en el mundo. Hay que tener muy buena predisposición de entrada para aceptar tantos postulados para los que se carecen de buenos datos.

26. Kortsmit, K., Mandel, M., Reeves, J., *et al.*, «Abortion Surveillance -United States, 2019», *MMWR Surveill Summ*, 2021; 70:1-29, https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/ss/ss7009a1.htm (consultado el 14/08/2022, últimos datos ofrecidos a esa fecha por el CDC).

27. Esolen, A., *Sex and the unreal city*, Ignatius Press, 2020.

28. Obviamente, las leyes de la naturaleza, sean físicas (como, por ejemplo, la ley de la gravedad) o biológicas no se establecen por consensos u opiniones, sino por verificación científica.

29. Véase el artículo de Libertad González en *Am J Economic Policy*, 2013; 5:160-88.

30. https://oneofus.eu/es/.

31. Gracias a los consejos del prof. Ruiz-Canela, hemos usado la película «La verdad duele (*Concussion*, 2015)» de Will Smith en varias promociones para formar a los alumnos de 6.º de Medicina en los temas de salud pública relacionados con la acción de los *lobbies* que se oponen a los intereses de la salud pública. En esa película, el Dr. Omalu y otros médicos se ven ninguneados y cancelados nada menos que por la poderosa Liga Profesional de Fútbol americano. Se puede ver la actuación interesada y tendenciosa de la liga de fútbol americano en esa película, basada en hechos reales: http://medpreventiva.es/KXWE3u (consultado el 14/08/2022).

32. https://www.youtube.com/watch?v=SkU75sBdjdU (consultado el 14/08/2022).

33. https://www.emfacts.com/2018/02/disinformation-and-the-ntpstudy-findings/.

34. https://www.nytimes.com/2011/02/22/us/22nathanson.html.

35. Nathanson, B., *Aborting America*, Pinnacle Books, 1981.
Nathanson, B., *The hand of god: A journey from death to life by the abortion doctor who changed his mind*, Salem Books, 2013.

36. Esolen, A., *Sex and the unreal city*, Ignatius Press, 2020.

37. La revista *Contraception* (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30526954/) en su nota de retractación de 2019 dice textualmente «Los autores descubrieron recientemente un error que afectaba a los resultados de su artículo que valoraba la mortalidad materna en cada uno de los Estados de México en relación con la legislación sobre el aborto en cada Estado. En la Tabla 2, el coeficiente beta de la legislación sobre el aborto se calculó como –22,49, pero se interpretó erróneamente como +22,49. Este error afecta a varias de las conclusiones del artículo, por lo que el editor y los autores han tomado conjuntamente la decisión de retractar el artículo» («The authors recently discovered an error that affected the results in their article on the relationship between state-level maternal mortality in Mexico and state-level abortion legislation. In Table 2 the beta-coefficient for abortion legislation was calculated as -22.49 and erroneously interpreted as +22.49. This error affects several of the paper's conclusions, and thus the editor and authors have jointly made the decision to retract the paper»).

38. Darney, B., Saavedra-Avendano, B., Lozano, R., «Retraction notice to "Maintaining rigor in research: Flaws in a recent study and a reanalysis of the relationship between state abortion laws and maternal mortality in Mexico"», *Contraception*, 2019; 99: 71.

Darney, B., Saavedra-Avendano, B., Lozano, R., «Maintaining rigor in research: flaws in a recent study and a reanalysis of the relationship between state abortion laws and maternal mortality in Mexico», *Contraception*, 2017; 95:105-111.

Koch, E., Chireau, M., Pliego, F., *et al.*, «Abortion legislation, maternal healthcare, fertility, female literacy, sanitation, violenceagainst women and maternal deaths: A natural experiment in 32 mexican states», *BMJ Open*, 2015; 5: e006013.

López del Burgo, C., Donázar Ezcurra, M., De Irala Estévez, J., «Salud de la mujer y salud reproductiva», en: Martínez-González, M. Á. (editor), *Conceptos de salud pública y estrategias preventivas*, 3.ª ed., Madrid: Elsevier, 2023.

39. https://www.youtube.com/watch?v=lxu1cVMjMYc.
https://www.youtube.com/watch?v=v7QyhrFi7Ko.

40. https://www.centerformedicalprogress.org/2017/04/2027/ (consultado el 14/09/2021).

41. https://medpreventiva.es/BDUM3u (consultado el 15/08/2022).

42. Le Carré, J., *The night manager*, Penguin, 2008.

43. http://medpreventiva.es/YAUZXk;
https://www.youtube.com/watch?v=hKClJ221KE0 a partir del minuto 2' 30" (consultado el 29/08/2021).

44. https://medpreventiva.es/TG62xt.

45. Major, B., Cozzarelli, C., Cooper, M., *et al.*, «Psychological responses of women after first-trimester abortion», *Arch Gen Psychiatry*, 2000; 57:777-84.

46. Martínez-González, M. Á. (editor), *Conceptos de salud pública y estrategias preventivas*, 3.ª ed., Madrid: Elsevier, 2023.

47. Coleman, P., «The turnaway study: A case of self-correction in science upended by political motivation and unvetted findings», *Front Psychol*, 2022; 13:905221.
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35783786/;
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30275603/.

48. Esta web estuvo «caída» durante las semanas que siguieron a la decisión del Supremo de anular Roe. Se ha comprobado el 14/08/2022 que volvía a estar activa.

49. http://medpreventiva.es/xBkHa3.

50. Swope, P., «Abortion: A failure to communicate», *First Things*, 1998. Es un artículo clásico que ha sido muy influyente y está disponible libremente a texto completo en http://www.firstthings.com/article/1998/04/004-abortion-a-failure-to-communicate (consultado el 14/8/2021).

51. https://www.youtube.com/watch?v=KdXtoJ8pJwc.

52. https://medpreventiva.es/yJ7KHQ (consultado el 15/08/2022); https://percuity.blog/foi-investigation-into-medical-abortiontreatment-failure/ (consultado el 15/08/2022).

53. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32431404 (consultado el 25/ 08/2021).

54. Diversas películas han sacado estos valores a relucir, por ejemplo, las siguientes 11 películas: *Unplanned, Roe v. Wade, Bella, Juno, Crescendo, Solas, October baby*, *4 meses, 3 semanas y dos días*, *Come what may (Pase lo que pase,* de Manny Edwards y George Escobar), *Gimme shelter* (dame refugio), *Cuestión de derechos* (dirigida por James Ball).

55. Las siguientes publicaciones fundamentan estas afirmaciones:

- Appleby, L., «Suicide during pregnancy and in the first posnatal year», *BMJ*, 1991; 302:137-40.
- Cougle, J., Reardon, D., Coleman, P., «Depression associated with abortion and childbirth: a long-term analysis of the NLSY cohort», *Med Sci Monit*, 2003; 9:CR105-12.
- Fergusson, D., Horwood, L., Ridder, E., «Abortion in young women and subsequent mental health», *J Child Psychol Psychiatry,* 2006; 47:16-24.
- Reardon, D., Cougle, J., Rue, V., «Psychiatric admissions of lowincome women following abortion and childbirth», *CMAJ*, 2003; 168:1253-6.
- Morgan, C., Evans, M., Peters, J., «Suicides after pregnancy. Mental health may deteriorate as a direct effect of induced abortion», *BMJ*, 1997; 314:902.
- Reardon, D., Ney, P., «Abortion and subsequent substance abuse», *Am J Drug Alcohol Abuse*, 2000; 26:61-75.
- Coleman, P., Maxey, C., Rue, V., Coyle, C., «Associations between voluntary and involuntary forms of perinatal loss and child maltreatment among lowincome mothers», *Acta Paediatr*, 2005; 94:1476-83.

56. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29847626/; https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27973641/; https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21268725/.

Existe un estudio epidemiológico que defiende la hipótesis nula (no habría asociación entre aborto inducido y salud mental ni en un sentido ni en otro) pero que, entre otros errores metodológicos groseros, presenta pérdidas del 50 % a dos años en una cohorte que no es de mucho tamaño (n=882). A veces se ha usado y citado este defectuoso estudio para explicar a los estudiantes de métodos de investigación en medicina lo que no se debe hacer nunca en un estudio epidemiológico, por los muchos errores que contiene: Major, B., Cozzarelli, C.,

Cooper, L., *et al*., «Psychological responses of women after first-trimester abortion», *Arch Gen Psychiatry*, 2000; 57:777-84. Lamentablemente, algunas asociaciones que defienden que el aborto no daña la salud mental de las mujeres se basan en este pésimo estudio y en informes realizados por la persona que lo lideró.

57. Aunque hay algunos estudios (menos y algunos de pésima calidad) que no encontraron efecto ni beneficioso ni perjudicial, lo que han encontrado la mayor parte de los estudios mejor diseñados y analizados son asociaciones del aborto con un peor estado de salud percibido y con mayor riesgo de mortalidad por causas violentas. En este punto podría pensarse que los estudios que relacionan el aborto provocado con mayor riesgo psiquiátrico puedan estar viendo las cosas al revés, ya que podría suceder que fuese más probable que las embarazadas con un peor estado previo de salud mental fuesen más proclives a someterse a un aborto a consecuencia de su enfermedad psíquica. No obstante, cuando se han hecho estudios de calidad que han controlado bien la temporalidad y han dejado claro que primero fue el aborto y solo después la enfermedad psiquiátrica, seguía apareciendo un riesgo elevado de trastornos mentales debidos al aborto. Hay bastantes estudios epidemiológicos, algunos de ellos de muy alta calidad, que demuestran el efecto perjudicial sobre la salud mental.

58. Fergusson, D., Horwood, L., Boden, J., «Does abortion reduce the mental health risks of unwanted or unintended pregnancy? A re-appraisal of the evidence», *Aust N Z J Psychiatry*, 2013; 47:819-27.

59. Martínez-González, M., Aguilera-Corté s, E., López del Burgo, C., «Aborto y salud de la mujer», *Gac Sanit*, 2014; 28:496-7.

60. López del Burgo, C., Donázar, M., De Irala, J., «Salud de la mujer y salud reproductiva», en: Martínez-González, M. Á. (ed.), *Conceptos de salud pública y estrategias preventivas*, 2.ª ed., Madrid: Elsevier, 2018.

61. Es un informe de EE. UU. de 2019, donde un grupo de médicos y profesionales que se habían dedicado previamente a realizar o proporcionar abortos (Dra. Kathi Aultman, Carol Everett, Dr. Anthony Levatino y Dra. Beverly McMillan) testificaron en Luisiana sobre la necesidad de que los médicos que practicaban abortos tuviesen más facilidades para ingresar pacientes en los hospitales. Testificaron porque entendían bien los frecuentes riesgos para las madres. Tales riesgos se agravaban cuando el que realizaba el aborto no podía (o no quería) enviar a las madres al hospital después de que algo hubiese fallado en la intervención. Que a veces fallaba.

62. https://www.hli.org/resources/risks-of-abortion/. Consultada el 14/08/2022. Se puede visitar esta web para valorar como se cuantifican los riesgos específicos de cada posible complicación de un aborto legal.

63. https://www.marieclaire.com/culture/news/a5563/chinas-onechild-law/ (consultado el 25/08/2021);

https://gecoas.com/religion/Trabajos/aborto/legalChina.htm (consultado el 25/08/2020).

64. Pueden consultarse datos al respecto en

- Manier, B., *Cuando las mujeres hayan desaparecido*, Cátedra, 2007.
- Jha, P., Kumar, R., Vasa, P., *et al.*, «Low male-to-female sex ratio of children born in India: National survey of 1.1 million households», *Lancet*, 2006; 367:211-8. http://medpreventiva.es/PvzVCc (consultado el 25/08/2021).

65. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33838741.

66. Naturalmente ya nace un porcentaje ligerísimamente inferior de niñas que de niños, por eso se estiman aproximadamente entre 200 y 250, y no directamente 250.

1. Meier, A. M., «Adolescent first sex and subsequent mental health», *Am J Sociol*, 2007; 112;1811-47.

Ver también:

https://www.cdc.gov/nchhstp/dear_colleague/2020/dcl-102320-YRBS-2009-2019-report.html (consultado el 27/08/2021).

2. Derville explica así en términos muy positivos la *humanización* de la sexualidad, basada en el pudor y en el respeto al cuerpo. Cuando la sexualidad supera lo animal y se humaniza sucede que «en lugar de un montón de carne, aparece la persona, su historia, su inteligencia, su sensibilidad, su manera de ser, su forma de pensar, su voluntad y, en consecuencia, el espacio queda abierto al diálogo. Una paradoja de la condición humana: el acercamiento mutuo se potencia cuando lo que debe estar oculto permanece velado». Derville, G., *Amor y desamor*, Rialp, 2015, 139.

3. Gray, J., *Los hombres son de Marte, las mujeres de Venus. La guía definitiva para entender a tu pareja*, Debolsillo, 2010.

4. Tomar la sexualidad animal como modelo para el comportamiento sexual humano, como se hace a veces en algunos programas televisivos de divulgación, es una de las más penosas señales que está emitiendo una cultura tóxica beligerante contra el amor. Esto no se contemplaría con otros temas que implican a lo corporal, como el alimento. ¿Por qué lo *sexy* es una excepción, si hace el mismo o más daño?

5. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24168063/.

6. Martínez-González, M., Sánchez-Villegas, A., «Food patterns and the prevention of depression», *Proc Nutr Soc*, 2016; 75:139-46.

Sánchez-Villegas, A., Toledo, E., De Irala, J., *et al.*, «Fast-food and commercial baked goods consumption and the risk of depression», *Public Health Nutr*, 2012; 15:424-32.

Sánchez-Villegas, A., Ruiz-Canela, M., de la Fuente-Arrillaga, C., *et al.*, «Dietary

inflammatory index, cardiometabolic conditions and depression in the Seguimiento Universidad de Navarra cohort study», *Br J Nutr*, 2015; 114:1471-9.

Sánchez-Villegas, A., Zazpe, I., Santiago, S., *et al.*, «Added sugars and sugar-sweetened beverage consumption, dietary carbohydrate index and depression risk in the Seguimiento Universidad de Navarra (SUN)», *Project Br J Nutr*, 2018; 119:211-21.

7. Stein, M., Sareen, J., «Generalized Anxiety Disorder», *N Engl J Med*, 2015; 373:2059-68.

Menasce, J., Graff, N., «Most U. S. teens see anxiety and depression as a major problem among their peers», *Pew Research Center*, 2019.

8. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15450635;
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28662457;
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34360215;
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27265422;
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30578117;
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28798715;
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21145182;
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19581548.

9. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26950566.

10. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21986116;
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33445414;
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23400516;
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19798680;
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19720400;
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30487865;
http://medpreventiva.es/AZd2yt.

11. https://www.youtube.com/watch?v=Z9pnhwnVkv4.

12. https://grupobcc.com/speakers/aron-ralston/.
Evert, J.. «Foreword», en: Fradd, M., *Delivered*, Catholic Answers Press, 2013.

13. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25467583/.

14. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34168968/.

15. https://www.unwomen.org/en/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures (consultado el 15/08/2022).

16. Reingold, R., Gostin, L., «Sexual assaults among university students. Prevention,

support, and justice», *JAMA*, 2015; 314:447-8.

17. Baiden, P., Panisch, L., Kim, Y., *et al.*, Association between first sexual intercourse and sexual violence victimization, symptoms of depression, and suicidal behaviors among adolescents in the united states: Findings from 2017 and 2019 national youth risk behavior survey», *Int J Environ Res Public Health*, 2021; 18:7922.

18. https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare (consultado el 21/ 08/2021).

19. Martínez-González, M., Toledo Atucha, E., Delgado-Rodríguez, M., «Salud del adulto», en Martínez-González, M. Á. (ed.)., *conceptos de salud pública y estrategias preventivas*, 3.ª ed., Elsevier, 2023.

20. Czeisler, M., Lane, R., Petrosky, E., *et al.*, «Mental health, substance use, and suicidal ideation during the covid-19 pandemic-United States, June 24-30, 2020», *MMWR,* 2020; 69:1049-57.

21. Prof. Almudena Sánchez Villegas, comunicación personal.

22. Oredein, T., «The relationship between multiple sexual partners and mental health in adolescent females», *J Community Med Health Educ*, 2013; 3:256. http://medpreventiva.es/AZd2yt.

23. Grossman, M., «Unprotected: A campus psychiatrist reveals how political correctness in her profession endangers every student», Sentinel, 2007.

24. VanderWeele, T., Li, S., Tsai, A., Kawachi, I., «Association between religious service attendance and lower suicide rates among US women», *JAMA Psychiatry*, 2016; 73:845-51.

Ver también:
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26963748;
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26743810;
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32793951;
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28601715;
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9698137;
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20841328.

Las decisiones sobre la práctica religiosa no suelen estar motivadas primariamente por la salud. Sin embargo, para personas que ya tienen creencias religiosas, la práctica religiosa puede ser una forma significativa de apoyo social, afectivo y de recursos psicológicos y espirituales que se relaciona potencialmente con una mayor longevidad, comportamientos más saludables, mejor salud mental y mayor bienestar psicosocial. Esto explica que haya menos intentos de suicidios en quienes tienen práctica religiosa.

25. Nada mejor que la mirada tan solidaria, afectuosa y cálida de la magnífica

película *Campeones* para dejar claro el grandísimo valor que pueden tener ciertas vidas que algunos tan despiadadamente desprecian: https://www.imdb.com/title/tt6793580/.

26. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34247635;
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18600458;
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10827907;
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15154163;
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34574845.

27. http://medpreventiva.es/LBG59n.

28. Brown, C., «Facebook has known for a year and a half that Instagram is bad for teens despite claiming otherwise - here are the harms researchers have been documenting for years», *The Conversation*, 16/09/2021.

29. Sarah, R., *Se hace tarde y anochece*, Palabra, 2019.

30. Rojas, M., *Cómo hacer que te pasen cosas buenas*, Espasa, 2018.
Ese libro llevaba ya 26 ediciones y más de 350 000 ejemplares vendidos cuando escribí estas páginas.

31. Grossman, M., «Unprotected: A campus psychiatrist reveals how political correctness in her profession endangers every student», Penguin Publishing Group, 2007.

1. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24168063/.

2. Rojas, M., *Cómo hacer que te pasen cosas buenas*, Espasa, 2018.

1. Menárguez, M., *Solo quiero que me quieran: tesoros y trampas del sexo y del amor* (Claves), Rialp, 2021.

2. Gray, J., *Los hombres son de Marte, las mujeres de Venus*, Debolsillo, 2010.

3. Gray, J., *Obra citada*.

4. Patterson, K., Grenny, J., McMillan, R., *Crucial Conversations Tools for talking when stakes are high* (2.ª ed)., McGraw-Hill Education, 2011.

5. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28613679.

6. Basallo, A., Díez, T., *Pijama para dos*, Planeta, 2008.

7. Rojas, E., *Remedios para el desamor*, Espasa, 2011.

8. De Irala, J., *Te quiero, por eso no quiero: el valor de la espera*, Amazon, 2020.

9. https://www.youtube.com/watch?v=zo_yy84gCCE&t=12s (minuto 11' 30" y siguientes; minuto 11' 57" y siguientes) (consultado el 15/08/2022).

10. https://www.youtube.com/watch?v=UOKlBs9Tdjc (consultado el 15/08/2022).

11. http://medpreventiva.es/vM5GEU (consultado el 30/08/2021).

12. Trevijano, P., «Si quieres romper con tu novia, acuéstate con ella», *Religión en Libertad* (consultado el 13/08/2014).

13. Por ejemplo, https://vimeo.com/channels/gwe/242037096, ver los segundos 39 a 48 (consultado el 15/08/2022).

14. Karol Wojtyla (S. Juan Pablo II).

15. Coskeran, T., *Economics: A complete introduction*, Teach Yourself, 2020.

16. La taquifilaxia es la necesidad de consumir dosis cada vez mayores de una sustancia para conseguir los mismos efectos que se consiguieron inicialmente.

17. http://medpreventiva.es/AkWKeZ (consultado el 15/08/2022).

18. Dickson, N., Paul, C., Herbison, *et al.*, «First sexual intercourse: age, coercion, and later regrets reported by a birth cohort», *BMJ*, 1998; 316:29-33.

19. Martino, S., Collins, R., Elliott M., *et al.*, «It's better on TV: does television set teenagers up for regret following sexual initiation?», *Perspect Sex Reprod Health*, 2009; 41:92-100.

20. Osorio, A., López del Burgo, C., Carlos, S., *et al.*, «First sexual intercourse and subsequent regret in three developing countries», *J Adolesc Health,* 2012; 50:271-8.

De Irala, J., Osorio, A., López del Burgo, C., *et al.*, «Relationships, love and sexuality: what the Filipino teens think and feel», *BMC Public Health,* 2009; 9:282.

21. Menárguez, M., *Solo quiero que me quieran: tesoros y trampas del sexo y del amor*, Rialp, 2021.

1. «El himen es una membrana en la entrada de la vagina que está perforada para que pueda pasar la menstruación. Esta membrana suele romperse durante la primera relación sexual. Por eso, está generalizada la idea de que la virginidad femenina consiste en tener el himen "intacto". Pero la virginidad es mucho más que tener o no tener el himen intacto. De hecho, en el varón no hay ningún signo físico de su virginidad, ni se puede hacer un examen médico para comprobar si ha tenido o no relaciones sexuales. Pero cada varón sabe si es virgen o no. Además, esa membrana se puede rasgar por diferentes actividades normales de la vida de la mujer sin que esto signifique realmente la pérdida de su virginidad (usar tampones, realizar ciertos deportes, etc.). Por lo tanto, la virginidad es algo más que no tener relaciones sexuales o no tener rasgado el himen». Tomado de De Irala, J., *Te quiero, por eso no quiero: El valor de la espera*, Amazon, 2020.

2. Campbell, A., «The morning after the night before. Affective reactions to one-night stands among mated and unmated women and men», *Hum Nat*, 2008; 19:157-73.

3. Osorio, A., López del Burgo, C., Carlos, S., *et al.*, «First sexual intercourse and subsequent regret in three developing countries», *J Adolesc Health,* 2012; 50:271-8.

4. De Irala, J., Osorio, A., Carlos, S., «Mean age of first sex: Do they know what we mean?», *Arch Sex Behav*, 2011; 40:853-5.

5. Silva, J., *Virginidad 2.0*, Freshbook, 2017.

6. De Irala, J., *Te quiero, por eso no quiero: el valor de la espera*, Amazon, 2020.

7. https://www.youtube.com/watch?v=vnB6yeEdBX8 (consultado el 15/08/2022).

8. Así lo etiquetó Ortega y Gasset y también lo consideró como *un estado de miseria mental en el que la vida de nuestra conciencia se empobrece, se estrecha y paraliza*.

9. http://medpreventiva.es/c5vWiN; https://www.youtube.com/watch?v=4DLxGiCFeY4; https://www.youtube.com/watch?v=6Rprdk3_U0U (consultados el 15/08/2022).

1. De Irala, J., *Te quiero, por eso no quiero: el valor de la espera*, Amazon, 2020.

2. De Irala, J., Obra citada.

3. https://medpreventiva.es/j1BYKf;
https://www.jstor.org/stable/352997?seq=1 (consultado el 15/08/2022).

4. http://medpreventiva.es/Se5U4A (consultado el 15/08/2022).
Ver también https://medpreventiva.es/QSnaks.

5. Moustgaard, H., Martikainen, P., «Nonmarital cohabitation among older Finnish men and women: socioeconomic characteristics and forms of union dissolution», *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sc*i, 2009; 64:507-16.
https://www.jstor.org/stable/352997?seq=1 (consultado el 15/08/2022)

6. Axinn, W., Thornton, A., «The relationship between cohabitation and divorce: Selectivity or causal influence?», *Demography*, 1992; 29:357-74.
Lillard, L., Brien, M., Waite, L., «Premarital cohabitation and subsequent marital dissolution: A matter of self-selection?», *Demography*, 1995; 32:437-57.

7. https://www.youtube.com/watch?v=GPpNb9jVEXQ, ver minuto 29' 41" y siguientes (consultado el 15/08/2022).

8. De Irala, J., *Obra citada*.

9.
- Wu, L., Wolfe, B., *Out of wedlock: causes and consequences of nonmarital fertility*, Russell Sage Foundation, 2001.
- Carlson *et al*, Demography 2001.
- Manning *et al*, Population Research and Policy Review, 2004.
- Wu and Musick, Population Research Policy Review, 2008.
- Meadows *et al*, American Sociological Review, 2008.
- Goodwin *et al*, National Center for Health Statistics, 2010.
- Le Bourdais *et al*, Canadian Studies in Population, 2000.
- Raymo et al, Demography, 2009.
- Heuveline et al, Population and development review, 2003.
- Booth, A., Crouter, A., Landale, N., *Just living together: Implications of cohabitation on families, children and social policy*, Lauren Erlbaum Associates, 2002.

10. Rosenfeld, M., Roesler, K., «Cohabitation Experience and Cohabitation's Association with Marital Dissolution», *J Marriage Fam*, 2019; 81:4258. https://doi.org/10.1111/jomf.12530.
http://medpreventiva.es/H8fGFA (consultado el 15/08/2022).

11. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23343063/.

12. Martínez-González, M. Á., Guisasola, M., *¿Qué comes*?, Planeta, 2020.

13. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31142450/.

14. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ab.1011.

15. McManus, M., McManuys, H., *Living together: Myths, risks & answers*, Howard Books, 2008.

http://medpreventiva.es/YfKELS;
http://medpreventiva.es/fywNgP.

Kenney, C., McLanahan, S., «Why are cohabitating relationships more violent than marriages?», *Demography*, 2006; 43:127-40.

Shackelford, T., «Cohabitation, marriage, and murder: Woman-killing by male romantic partners», *Aggressive Behavior,* 2001; 27:284-291.
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17172105/.

16. Ivereigh, A., Cierva, Y., Valero, J., *How to defend the faith without raising your voice. Civil responses to catholic hot button issues*, Palabra, 2016.

17. Auersperg, F., Vlasak, T., Ponocny, I., Barth, A., «Long-term effects of parental divorce on mental health-A meta-analysis», *J Psychiatr Res*, 2019; 119:107-15. Ver https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31622869/.

18. No deja de ser curioso que nunca se haya obsesionado tanto la humanidad con su aparato reproductor y que se haya reproducido tan poco (relativamente) como ahora.

19. Carreras, J., *Las bodas: sexo, fiesta y derecho*, Rialp, 1998.

1. García, J., *La Rosa Blanca: los estudiantes que se alzaron contra Hitler*. Libroslibres, 2006.

2. Sandberg-Thoma, S., Kamp Dush, C., «Casual sexual relationships and mental health in adolescence and emerging adulthood»,. *J Sex Res,* 2014; 51:121-30.

3. Echavarren, S., entrevista a Pedro Villanueva, *Diario de Navarra*, 28/05/2022, https://www.diariodenavarra.es/noticias/navarra/2022/05/28/pedro-villanueva-joven-suicida-hay-otros-cien-intentan-529265-300.html.

4. «Según un estudio patrocinado por el Consejo General de Psicología de España, el 15,5 % de la población española dice haber tenido ideas suicidas, pero ese porcentaje se eleva hasta un 25,7 % entre los jóvenes de 18 a 25 años». *El País*, 26/01/2022.

5. https://medpreventiva.es/1GyMWo;
https://medpreventiva.es/YiwbHW.

6. Por ejemplo, alguno de sus vídeos tiene decenas de millones de visualizaciones: https://www.youtube.com/watch?v=_iudkPi4_sY.

7. Bain, K., *What the best college teachers do*, Harvard University Press, 2011.

Salmones, hormonas y pantallas
Miguel Ángel Martínez-González

La lectura abre horizontes, iguala oportunidades y construye una sociedad mejor.
La propiedad intelectual es clave en la creación de contenidos culturales porque sostiene el ecosistema de quienes escriben y de nuestras librerías.
Al comprar este libro estarás contribuyendo a mantener dicho ecosistema vivo y en crecimiento.
En **Grupo Planeta** agradecemos que nos ayudes a apoyar así la autonomía creativa de autoras y autores para que puedan seguir desempeñando su labor.
Dirígete a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesitas fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra. Puedes contactar con CEDRO a través de la web www.conlicencia.com o por teléfono en el 91 702 19 70 / 93 272 04 47.

© del diseño de la portada, Planeta Arte & Diseño © de la ilustración de la portada, Santiago María López
© Miguel Ángel Martínez-González, 2023

© de las ilustraciones, Santiago María López, Miguel Ángel Martínez-González
© Editorial Planeta, S. A., 2023
Av. Diagonal, 662-664, 08034 Barcelona www.planetadelibros.com

Iconografía: Grupo Planeta

Primera edición en libro electrónico (epub): enero de 2023

ISBN: 978-84-08-26897-0 (epub)

Conversión a libro electrónico: Acatia www.acatia.es

¡Encuentra aquí tu próxima lectura!

¡Síguenos en redes sociales!